



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório Estágio

Implementação da Actividade Física no Programa da Diabetes:

“Diabéticos a Caminhar é Saúde a Melhorar”

Dulce Silva de Jesus

Orientadora:

Prof. Ilda Ribeiro

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório Estágio

**Implementação da Actividade Física no Programa da Diabetes:
“Diabéticos a Caminhar é Saúde a Melhorar”**

Dulce Silva de Jesus

Orientadora:
Prof. Ilda Ribeiro

Implementação da actividade física no programa da Diabetes: “Diabéticos a caminhar é saúde a melhorar.”

A Diabetes é actualmente um dos maiores problemas de saúde a nível mundial: no número de pessoas afectadas, na incapacitação que provoca, na taxa de mortalidade prematura, assim como nos custos envolvidos no seu tratamento.

Sendo o papel dos enfermeiros relevante na promoção da saúde das populações, a sua participação centra-se essencialmente na intervenção concreta e efectiva na comunidade. Assim, foi considerado uma mais-valia um projecto que visasse a prevenção de complicações resultantes da Diabetes. Este projecto consistiu na implementação da prática de exercício físico junto da população diabética, combatendo o sedentarismo e desenvolvendo um ambiente social encorajador de um estilo de vida activo através do aumento do número de doentes diabéticos praticantes de exercício físico. O principal objectivo do desenvolvimento destas actividades foi a redução ou o atraso das complicações que o doente com Diabetes normalmente sofre.

Implementation of physical activity in Diabetes program: "Diabetics is moving to improve health"

Diabetes is considered a major global problem. Not only due to its morbidity, as it is a common cause of disability and premature death, but also because it is expensive to treat.

Projects of health improvement directed to the prevention of Diabetes' damages, might be considered as a communitarian surplus value at the prevention level. Promoting exercise in order to reduce or delay the main Diabetes' complications was selected as a priority. Exercise is a very important factor for promotion and management of diabetic patient's life quality in order to delay and decrease the disease's effects. The main goal of this project was, to increase the number of patients performing exercises and, therefore, to promote health, avoiding sedentary lifestyle and developing a social environment able to boost active lifestyles.

“A actividade física integra-se no estilo de vida e é fundamental na prevenção da Diabetes tipo 2, mesmo quando em pequenas doses pois é ao nível dos mais sedentários que se notam os maiores benefícios.”

Themudo Barata, Dr. (2004)

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas colaboraram para a realização deste trabalho. Algumas contribuíram trocando ideias e oferecendo sugestões, outras pelo companheirismo e pela amizade, outras ainda pelo estímulo e apoio. A todas essas pessoas os sinceros agradecimentos:

- /// À orientadora, Docente Ilda Ribeiro, pelas orientações e pelo apoio fundamentais para o desenvolvimento do presente Relatório;
- /// A toda a Equipa Multidisciplinar que sempre colaborou activamente neste projecto;
- /// À Câmara Municipal de Alcácer do Sal por ter facilitado o desenvolvimento das actividades;
- /// Ao Técnico Superior de Desporto Júlio Nunes pelo interesse, incentivo diário e imprescindível ajuda em todas as etapas da realização deste projecto;
- /// À Comunidade Diabética pela participação e disponibilidade ao integrarem este projecto. Sem ela a concretização deste projecto não seria possível;
- /// À Família pelo apoio incondicional em todos os momentos, pelo companheirismo e pela compreensão nos momentos difíceis e pela paciência durante todo o período que foi dedicado à elaboração deste trabalho;
- /// A todos que directa ou indirectamente tornaram possível a concretização deste projecto;
- /// E Obrigada a todos os outros Amigos com quem se contou sempre ao longo deste trabalho!

ABREVIATURAS

bpm – batimentos por minuto

cm – centímetro

Fcmáx. – Frequência máxima

Kg – Kilograma

Kg/m² – Kilograma por metro quadrado

Km - Kilómetro

Km² - Kilómetro quadrado

mg/dl – miligramas por decilitro

mmHg – milímetros de mercúrio

Nº - Número

St. – Saint

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APDP – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

ARSA – Administração Regional de Saúde do Alentejo

CED – Consulta de Enfermagem de Diabetes

CMAS – Câmara Municipal de Alcácer do Sal

CS – Centro de Saúde

CSAS – Centro de Saúde de Alcácer do Sal

EUA – Estados Unidos da América

FC – Frequência Cardíaca

HDL – High Density Lipoproteins (Lipoproteínas de Alta Densidade)

HTA – Hipertensão Arterial

IDF – Federação Internacional da Diabetes

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

LDL – Low Density Lipoproteins (Lipoproteínas de Baixa Densidade)

PIB – Produto Interno Bruto

PNPCD – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

PNS – Plano Nacional de Saúde

SINUS – Sistema Informático das Unidades de Saúde

SMS – Safety Management System (Serviço de Mensagens curtas)

SP – Saúde Pública

SUB – Serviço de Urgência Básico

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USP – Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

	Fls.
1 - <u>INTRODUÇÃO</u>	12
2 - <u>ANÁLISE DO CONTEXTO</u>	15
2.1 - CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL	15
2.2 - CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS	17
2.3 - DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	19
3 - <u>ANÁLISE DA POPULAÇÃO/ UTENTES</u>	22
3.1 - CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/ UTENTES	22
3.2 - CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO	28
3.3 - ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO-ALVO	32
3.4 - RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO	33
4 - <u>ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS</u>	35
4.1 - OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	35
4.2 - OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO	35
5 - <u>ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES</u>	37
5.1 - FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	37
5.2 - METODOLOGIAS	43
5.3 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS	45
5.4 - RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS	46
5.5 - CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS	47
5.6 - ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL	48
5.7 - CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA	49
6 - <u>ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO</u>	50
6.1 - AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS	53
6.2 - AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA	54

6.3 -	DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRECTIVAS INTRODUZIDAS	57
7 -	<u>ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS</u>	60
8 -	<u>CONCLUSÃO</u>	63
9 -	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	66
	 ANEXOS	 69
	Anexo I – Avaliação do IMC	70
	Anexo II – Escala de Borg	72
	Anexo III – Avaliação do Perímetro Abdominal	74
	Anexo IV – Divulgação na Agenda Cultural	76
	 APÊNDICES	 78
	Apêndice I – Pedido de parecer ao Centro de Saúde	79
	Apêndice II – Pedido de parecer à Câmara Municipal	81
	Apêndice III – Lanche saudável	83
	Apêndice IV – Poster de divulgação da Sessão Pública	85
	Apêndice V – Folheto informativo do Projecto	87
	Apêndice VI – Fotos das sessões de exercício físico	89
	Apêndice VII – Ficha de Identificação do Diabético	92
	Apêndice VIII – Cartão de Utente do Projecto	95
	Apêndice IX – Ficha de Observação Diária	97
	Apêndice X – Orçamento do Projecto	100
	Apêndice XI – Cronograma de Actividades	102
	Apêndice XII – Formulário de Avaliação do Projecto de Intervenção Comunitária	104

ÍNDICE DE FIGURAS

	Fls.
Fig. 1 - Pirâmide da Actividade Física	42

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Pirâmide Etária do Concelho de Alcácer do Sal – População residente em 2001	23
Gráfico 2 - Utentes inscritos no Centro de Saúde de Alcácer do Sal	25
Gráfico 3 - Diabéticos inscritos na Consulta de Enfermagem ao Diabético, por grupo etário	27

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Recursos Humanos do Centro de Saúde de Alcácer do Sal	17
Quadro 2 - População residente no Concelho de Alcácer do Sal, por grupo etário e sexo	23
Quadro 3 - Utentes inscritos no Centro de Saúde de Alcácer do Sal, por grupo etário e sexo	24
Quadro 4 - Índice de longevidade	26
Quadro 5 - Índice de dependência de idosos	26
Quadro 6 - Percentagem de população activa	26
Quadro 7 - Nº diabéticos inscritos no Centro de Saúde de Alcácer do Sal nos anos de 2008, 2009 e 2010	27
Quadro 8 - Indicadores de resultado do projecto	51

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório desenvolveu-se no âmbito da frequência do Mestrado em Enfermagem Comunitária no ano lectivo de 2010/2011 na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, tendo como Orientadora a Professora Ilda Ribeiro.

A execução deste relatório teve como objectivo descrever um projecto de intervenção comunitária realizado no Centro de Saúde de Alcácer do Sal. Para tal, foi proposto o projecto intitulado “Implementação da actividade física no programa da Diabetes: Diabéticos a caminhar é saúde a melhorar”. Teve como objectivo primordial promover os estilos de vida saudáveis e prevenir complicações tardias, no âmbito da Diabetes, através da prática de exercício físico. A população-alvo incidiu sobre os diabéticos inscritos na Consulta de Enfermagem do referido Centro de Saúde.

Segundo o PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA DIABETES (2008, p.7), a Diabetes tem vindo a aumentar a sua incidência “nos seus principais subtipos 1 e 2, para os quais factores genéticos e ambientais, como a obesidade e o sedentarismo, têm concorrido nestas últimas décadas, apesar da maior atenção no diagnóstico precoce e dos avanços terapêuticos farmacológicos entretanto alcançados”. Deste modo, a intervenção no âmbito do controlo da Diabetes torna-se imperativa, pelo número de pessoas afectadas, incapacitações, mortalidade e custos envolvidos no seu controlo e tratamento.

Sabe-se que a Humanidade evoluiu de um ambiente e um estilo de vida muito activo para um estilo de vida sedentário, marcado por pouca actividade física no trabalho e lazer e pela adopção de uma alimentação rica em calorias, gorduras saturadas e açúcares refinados. Esta situação leva ao aumento da incidência de patologias cardiovasculares, principal causa de morte em Portugal, constituindo assim um enorme desafio para a Saúde Pública. A Diabetes é um dos factores de risco com mais influência no seu aparecimento (CARRAGETA, 2006).

A mudança na urbanidade veio provocar também alterações significativas nos hábitos dietéticos e no estilo de vida da população de Alcácer do Sal, cuja actividade física diminuiu drasticamente e o impacto pode ser inferido pela grande incidência de

Diabetes. Este facto é observado pela grande afluência à Consulta de Diabetes no Centro de Saúde, com a identificação de 773 diabéticos.

A Diabetes é um dos maiores desafios em termos de Saúde Pública. Cada vez é mais frequente em grupos etários mais jovens originando uma elevada morbilidade e mortalidade e uma redução da esperança média de vida. Todos os promotores de saúde e sociedade em geral devem intervir na resolução deste problema.

Deste modo, surgiu no âmbito do Programa da Diabetes a possibilidade da realização de um projecto relativo à prática do Exercício Físico, da população diabética, realizado com as enfermeiras responsáveis pelo mesmo programa do Centro de Saúde e com a colaboração dos Técnicos Superiores de Desporto da Câmara Municipal. Nos cuidados de saúde à população diabética, é imprescindível a existência de equipas multidisciplinares, das quais, entre outros especialistas, fazem parte Enfermeiros, Médicos e Técnicos Superiores de Desporto.

Assim, a execução deste projecto teve como objectivo geral:

Implementar a Actividade Física, no programa da Diabetes a 50% da população diabética utilizadora das consultas de Enfermagem no Centro de Saúde de Alcácer do Sal (CSAS) no período de 1 ano compreendido entre Setembro de 2010 e Setembro de 2011.

A finalidade foi capacitar o grupo alvo para a compreensão da patologia e para a consciencialização do seu papel activo na promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção de complicações tardias, no âmbito da sua doença.

Hoje, é consensual nos meios científicos que a adopção de hábitos de vida saudáveis com base na actividade física e na alimentação são factores indispensáveis para a melhoria da qualidade de vida do diabético. Este projecto, que surge no âmbito do PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA DIABETES 2008 (PNPCD), procurará assumir-se como um instrumento fundamental para a resposta que importa fornecer.

Segundo o PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004/2010 (PNS), a situação actual da saúde/doença associa-se em muitos casos a estilos de vida pouco saudáveis. Desta forma e no que respeita a estilos de vida relacionados com Diabetes a nutrição e actividade física são aspectos a reflectir.

A elaboração deste documento, após esta introdução, baseia-se essencialmente em oito partes, sendo a primeira referente à análise do contexto, na qual é feita uma breve caracterização do Centro de Saúde de Alcácer do Sal, onde se desenvolveram as actividades planeadas e operacionalização do projecto de intervenção. Segue-se a análise da população e das suas necessidades específicas, mais propriamente da população-alvo, com referência a alguns estudos sobre programas de intervenção nesta área. Numa terceira parte, surge a análise reflexiva sobre os objectivos de intervenção profissional e os objectivos a atingir com a população-alvo. A quarta parte reporta-se à análise reflexiva sobre as intervenções accionadas durante a realização do projecto, descrevendo-se os recursos humanos e materiais, as estratégias e as metodologias utilizadas, os contactos desenvolvidos e as entidades envolvidas, assim como a análise da estratégia orçamental. Segue-se numa quinta parte a análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo do projecto, com a avaliação dos objectivos e da implementação do programa, assim como a descrição dos momentos de avaliação intermédia e suas medidas correctivas. Surge ainda, numa sexta parte, uma análise reflexiva sobre as competências, específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, mobilizadas e adquiridas ao longo do projecto. A sétima parte reporta-se à fase final, na qual é feita a conclusão de todo o trabalho realizado. Na última e oitava parte surgem as referências bibliográficas, de forma a permitir, a quem desejar, um aprofundamento da problemática em estudo.

Foi pedido o consentimento a todos os diabéticos participantes para utilização das fotos que constam em anexo.

Este relatório foi redigido segundo os princípios da Norma Portuguesa NP 405-1/1994 e está organizado de acordo com o Anexo I do Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem, na parte relativa à Estrutura do Relatório de Mestrado em Enfermagem, da Universidade de Évora.

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

Para melhor contextualização, e antes de se iniciar a caracterização do Centro de Saúde de Alcácer do Sal, começa-se por referir alguns aspectos demográficos relacionados com a cidade de Alcácer do Sal que se consideraram relevantes.

Relativamente à instituição (Centro de Saúde de Alcácer do Sal) não se pretendeu fazer uma caracterização de forma exaustiva. No entanto referem-se alguns aspectos que se consideraram pertinentes.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

Alcácer do Sal é uma cidade portuguesa pertencente ao Distrito de Setúbal, região do Alentejo e sub-região do Alentejo Litoral.

Com uma extensão de 1480 km², é o segundo maior concelho do país, constituído por 6 freguesias: Santiago, Santa Maria do Castelo, Torrão, Santa Susana, S. Martinho e Comporta (CÂMARA MUNICIPAL DE ALCÁCER DO SAL, 2007), situadas à distância média da sede de concelho de 16,7 km.

O Centro de Saúde de Alcácer do Sal está sediado na Avenida José Saramago, cujas recentes instalações estão em funcionamento desde Julho de 2006, com o horário das 8 às 20 horas, de segunda a sexta-feira. Tem em funcionamento o Serviço de Urgência Básico (SUB), que funciona das 0 às 24 horas, de segunda-feira a domingo. Além da Sede, o Centro de Saúde também é constituído pelas Extensões de Saúde da Comporta, Torrão, Casebres, Palma, Pinheiro, Montevil, Barrancão e Santa Susana.

Sendo parte integrante da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA), o Centro de Saúde de Alcácer do Sal pertence administrativamente ao Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral, assim como os Centros de Saúde de Odemira, de Grândola, de Santiago do Cacém e de Sines.

De acordo com o Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro (p. 1182), “os Centros de Saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença,

prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.”

Deste modo o Centro de Saúde de Alcácer do Sal é um serviço integrado, polivalente e dinâmico, prestador de cuidados de saúde primários, que visa a promoção e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo globalmente a sua acção ao indivíduo, à família e à comunidade.

Compreende as seguintes unidades funcionais:

- /// Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP);
- /// Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC);
- /// Unidade de Saúde Pública (USP);
- /// Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP);

Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do Centro de Saúde e do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES).

Relativamente aos cuidados prestados pela equipa de saúde, as diversas áreas de intervenção são: Saúde Pública, Medicina Familiar, Fisioterapia, Saúde Oral, Terapia da Fala, Consultas de Psicologia, Apoio na Parentalidade, Cuidados Continuados Integrados, Consultas de Enfermagem e Médicas de Saúde Infantil e Juvenil, de Saúde Materna e Planeamento Familiar, de Saúde Escolar, Atendimento ao Diabético e ao Hipertenso, Vacinação Infantil e do Adulto, Sala de Tratamentos, Terapia Compressiva, Visita Domiciliária, Programa de Hipocoagulação e Controlo de Infecção.

Há ainda a salientar as parcerias com outras instituições da comunidade tais como: Autarquias, Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, Núcleo Local de Inserção, Intervenção Precoce, Agrupamentos de Escolas e Instituições de Solidariedade Social.

Face às mudanças organizacionais vividas no contexto “Rede de Serviço de Urgência”, no que concerne à actualização das mesmas enquadradas no processo de requalificação das Urgências do Serviço Nacional de Saúde, foi definido que o Centro de Saúde de Alcácer do Sal fosse classificado segundo critérios pré estabelecidos com a designação de Serviço de Urgência Básica. O SUB é o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência.

2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

No que se refere à estrutura física, este Centro de Saúde (CS) é um edifício constituído por três pisos: a cave onde funciona o SUB, o rés-do-chão onde funcionam as unidades funcionais UCSP, UCC, USP e URAP e o 1º andar onde está instalada a Unidade de Apoio à Gestão, o Director Executivo e o Conselho Clínico.

Para que o Centro de Saúde de Alcácer do Sal possa funcionar de forma a atingir os objectivos propostos, é necessário assegurar os recursos mínimos, quer humanos, quer materiais próprios dos cuidados de saúde na comunidade.

Relativamente aos Recursos Humanos, este Centro de Saúde tem diversos profissionais nas mais variadas áreas, tal como o descrito no Quadro 1:

Quadro 1: Recursos Humanos do Centro de Saúde de Alcácer do Sal

Recursos Humanos do CS de Alcácer do Sal		
	CS	SUB
Médicos	10	5*
Enfermeiros	12	7
Técnico Superior de saúde	1	
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	3	5
Assistentes Técnicos	14	5
Assistentes Operacionais	13	5
Total	53	27

Fonte: ACES (2010)

*Este número provém do total de médicos do CS.

A equipa de Enfermagem é constituída por 19 elementos:

- /// 1 Enfermeiro Chefe – Especialista em Saúde Comunitária (Gerontologia/ Geriatria)
- /// 1 Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária (Infanto-juvenil)
- /// 2 Enfermeiros Graduados (com o título de Especialistas em Saúde Comunitária)
- /// 11 Enfermeiros Graduados
- /// 4 Enfermeiros

No que respeita à equipa médica, esta é constituída por:

- /// 9 Médicos de Medicina Geral e Familiar (dos quais 5 prestam cuidados no SUB)
- /// 1 Médico de Saúde Pública

Os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica são em número de 8, os Assistentes Técnicos são 19; os Assistentes Operacionais 18.

O Centro de Saúde de Alcácer do Sal tem como missão prestar cuidados de saúde primários, personalizados, com qualidade e segurança, utilizando os recursos de forma responsável e eficiente, com coerência, equidade e complementaridade, de acordo com a estratégia nacional e regional para os cuidados de saúde primários. Intervém em programas no âmbito da prevenção, promoção e protecção da saúde da população em geral ou de grupos específicos. Permite a prestação dos cuidados de saúde, sociais e de apoio psicológico particularmente a pessoas, famílias e grupos vulneráveis (em situação de risco ou dependência física, funcional ou de doença que requeira cuidados de proximidade), em contexto domiciliário e comunitário. Actua também na educação para a saúde, integrando redes de apoio à família, defendendo a qualidade e a continuidade desses cuidados.

Quanto aos Recursos Materiais, o Centro de Saúde dispõe de 2 viaturas e de meios de comunicação e tecnologia (computador, impressora, internet, telefone) em todos os gabinetes de atendimento.

Em relação ao SUB, este permite o atendimento das situações urgentes/emergentes com maior proximidade das populações, dispondo dos seguintes recursos mínimos:

- /// Humanos - um médico, um enfermeiro, um técnico de diagnóstico e terapêutica de áreas profissionais adequadas, de acordo com a diversidade dos exames a efectuar, um assistente operacional (acção médica) e um assistente técnico, por equipa, em presença física. O médico escalado para a Consulta Complementar apoia concomitantemente o SUB, nos dias úteis, das 8 às 20 horas. De igual modo se procede com o enfermeiro escalado para a Sala de Tratamentos

em igual período. Durante a noite, das 20 às 8 horas (dias úteis), encontram-se de serviço um médico e um enfermeiro, ficando o outro médico e o outro enfermeiro em regime de prevenção para situações de evacuação.

- /// Materiais - equipamento para assegurar a via aérea, oximetria, monitor com desfibrilhador e marca-passo externo, electrocardiógrafo, equipamento para imobilização e transporte do traumatizado, condições e material para pequena cirurgia, radiologia simples (para esqueleto, tórax e abdómen) e patologia química/química seca.

2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O profissional constrói as suas competências a partir de capacidades, conhecimentos e habilidades. O saber mobilizar passa pelo saber combinar e pelo saber transformar. A construção de competências deverá enfatizar a necessidade não apenas de aprender conteúdos, mas de praticar o seu uso em situações em que eles precisam de ser mobilizados. É importante que o profissional mobilize os seus conhecimentos e as suas habilidades no seu contexto de trabalho e que os seus actos façam sentido, que sejam pertinentes. Cada acção é uma nova oportunidade de enriquecer os seus conhecimentos.

Trabalhar baseado em competências é saber procurar evidências, usando-as para sustentar a comunicação em conceitos justificados, que tornem objectivos as expectativas, os *feedbacks* nas avaliações de desempenho e os planos de desenvolvimento individuais.

Pretendeu-se desenvolver competências de relevo para o desempenho profissional, das quais se destacaram a capacidade para trabalhar em parceria para a comunidade; reconhecer as necessidades em termos de saúde; planear cuidados adequados aos problemas mais prementes. Enfatizou-se práticas conducentes a estilos de vida saudáveis e assumiu-se a promoção da saúde como pedra fundamental da intervenção. Favoreceu-se processos de proximidade e implicação da comunidade

diabética nas tomadas de decisão, com o objectivo de desenvolver intervenções orientadas para a obtenção de ganhos em saúde.

As práticas de enfermagem foram ancoradas nas seguintes estratégias: julgamento profissional, relação de ajuda, comunicação terapêutica, reflexão crítica, empowerment e trabalho em equipa. Estas estratégias, por sua vez, foram aplicadas e desenvolvidas nos quatro domínios de intervenção do enfermeiro: Prática de cuidados, gestão, formação e investigação.

A promoção de saúde exige a intervenção do indivíduo, família, comunidade e profissionais de saúde, em síntese requer uma abordagem multidisciplinar e intersectorial.

Os cuidados de saúde na comunidade permitem cuidados a custos mais acessíveis e equitativos pelos parceiros comunitários com o estabelecimento das parcerias. Através desta intervenção conseguiu-se a orientação para a comunidade, flexibilidade organizativa e de gestão, trabalho em equipa, autonomia e responsabilização e co-responsabilização dos diabéticos. Pretende-se visar a melhoria contínua da qualidade e avaliação dos cuidados prestados pelos profissionais.

Foram identificadas as necessidades dos cuidados de enfermagem da população-alvo de modo a planear estratégias de promoção de saúde. Recorreu-se a outros profissionais e instituições no sentido de mobilizar todo o potencial do diabético, com o objectivo de concretizar o seu projecto de saúde e de vida. Foram ainda valorizadas as acções de enfermagem, constituindo uma estratégia fundamental para a melhoria da saúde desta comunidade.

Por último, foram identificados indicadores demográficos e factores socioeconómicos, o estado da saúde da população (mortalidade, morbilidade), os determinantes da saúde (factores pessoais, comportamentos em matéria de saúde) e sistemas de saúde (prevenção da doença, promoção da saúde, protecção da saúde, serviços de cuidados de saúde).

Tendo por base o mencionado, considera-se ter aplicado ao longo deste projecto as seguintes competências definidas no “Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, aprovadas em

Assembleia Geral Extraordinária da Ordem dos Enfermeiros em 20 de Novembro de 2010:

- /// Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- /// Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- /// Integra a coordenação dos Programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;
- /// Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010)

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/ UTENTES

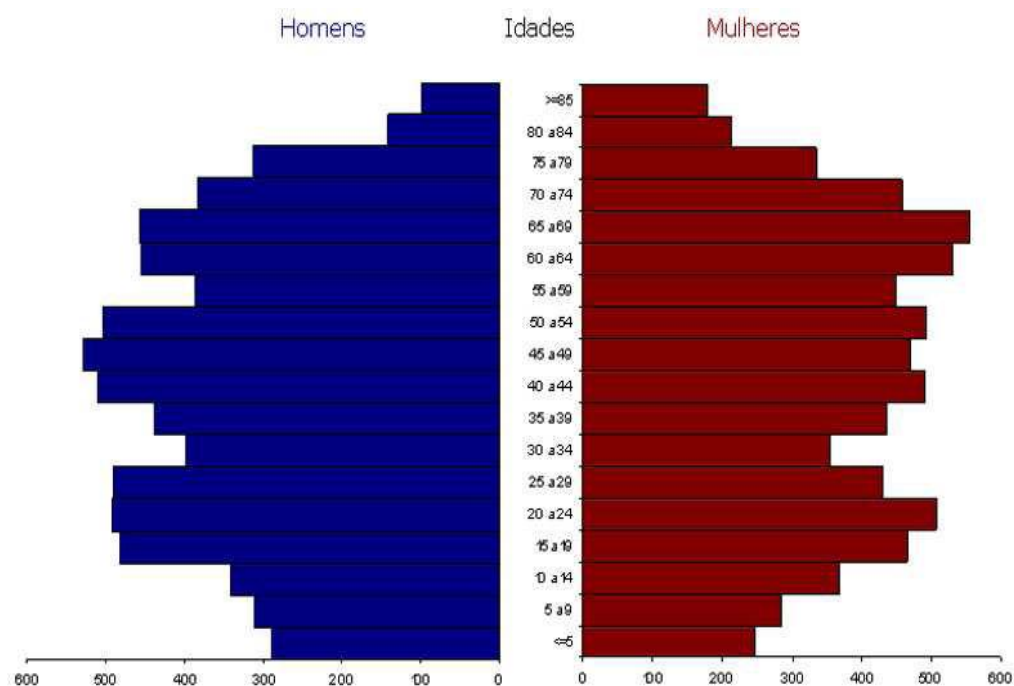
Para se realizar este projecto foi fulcral fazer-se a caracterização da população/utentes.

A população-alvo deste projecto foram os diabéticos tipo 2 que frequentavam as consultas de enfermagem para diabéticos, inscritos na sede do Centro de Saúde de Alcácer do Sal. A escolha deste CS prendeu-se com o facto de ser o local de trabalho da equipa de saúde responsável pelo presente projecto e por possuir um ficheiro de utentes em suporte informático, possibilitando assim um melhor acesso aos registos das consultas de Diabetes.

3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/ UTENTES

A nível demográfico, o concelho de Alcácer do Sal, em relação ao Distrito de Setúbal, apresenta o valor de densidade populacional mais baixo, com cerca de 9,3 habitantes por Km². Em 2001, a população residente em Alcácer rondava os 14287 habitantes, sendo que 7013 eram homens e os restantes mulheres. Na população residente verificou-se, no período entre 1991 e 2001, uma diminuição de habitantes, sendo essa de -1,6%, existindo uma tendência para a desertificação. A população feminina é a mais afectada pelo desemprego e analfabetismo cujas taxas têm vindo a diminuir ligeiramente. É uma população maioritariamente feminina, cada vez mais envelhecida, conforme se pode observar no Gráfico 1 e no Quadro 2 - Pirâmide Etária e População Residente do Concelho de Alcácer do Sal, respectivamente.

Gráfico 1 – Pirâmide Etária do Concelho de Alcácer do Sal – População residente em 2001



Fonte: INE (Censos 2001)

Quadro 2 – População residente no Concelho de Alcácer do Sal, por grupo etário e sexo

Grupo etário	Masculino	Feminino
0 - 4 anos	288	249
5 - 9 anos	311	284
10 - 14 anos	341	368
15 - 19 anos	481	465
20 - 24 anos	492	508
25 - 29 anos	490	432
30 - 34 anos	398	355
35 - 39 anos	439	435
40 - 44 anos	509	491
45 - 49 anos	528	470
50 - 54 anos	503	493
55 - 59 anos	387	450
60 - 64 anos	454	531
65 - 69 anos	456	556
70 - 74 anos	382	459
75 +	554	728
Sub - Total	7013	7274
Total	14287	

Fonte: INE (Censos 2001)

Segundo dados do INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) de 2007, relativamente a Portugal, o grupo etário dos “0-14 anos” representa 15,3%, o dos “15-64 anos” 67,3% e o dos idosos (mais de 65 anos) 17,4% da população. “A esperança de vida é de 80,3 anos para as mulheres e de 73,5 anos para os homens”. (PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS, 2006, p.7).

Ao comparar os dados relativamente a Portugal com os obtidos no concelho de Alcácer do Sal constatamos que os grupos etários dos “0-14 anos” e dos “15-64 anos” apresentam valores percentuais (12,9% e 65,2%, respectivamente) ligeiramente inferiores aos nacionais. O grupo etário dos idosos apresenta um valor percentual (21,9%) superior ao valor percentual da população idosa portuguesa (17,4%).

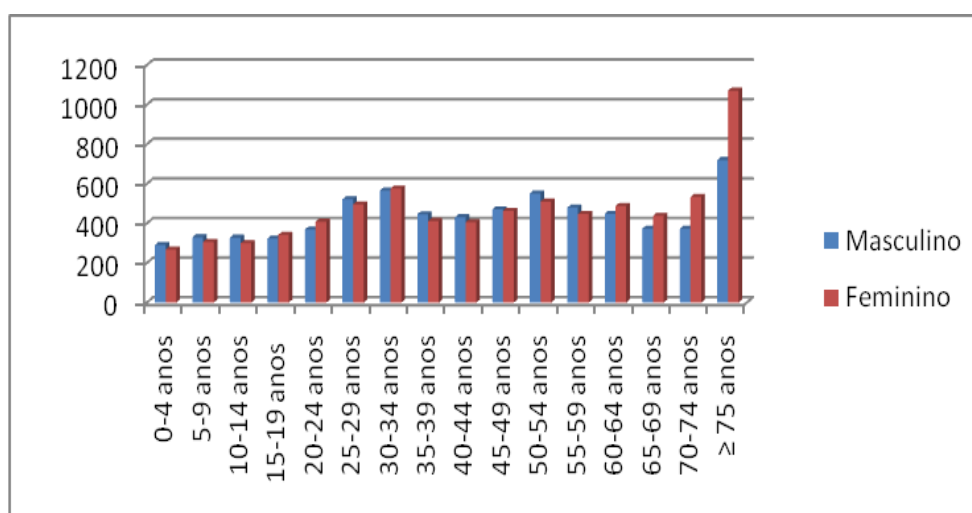
O Quadro 3 e o Gráfico 2 fazem referência aos utentes inscritos no Centro de Saúde de Alcácer do Sal, por grupo etário e sexo.

Quadro 3 – Utentes inscritos no CSAS, por grupo etário e sexo

Grupo etário	Masculino	Feminino
0-4 anos	291	268
5-9 anos	330	306
10-14 anos	328	300
15-19 anos	323	342
20-24 anos	369	408
25-29 anos	522	495
30-34 anos	566	576
35-39 anos	446	412
40-44 anos	431	405
45-49 anos	471	463
50-54 anos	551	510
55-59 anos	480	448
60-64 anos	448	488
65-69 anos	373	438
70-74 anos	373	534
≥ 75 anos	720	1070
Sub-Total	7022	7463
Total	14485	

Fonte: INE (Censos 2001)

Gráfico 2 – Utentes inscritos no Centro de Saúde de Alcácer do Sal



Fonte: INE (Censos 2001)

O facto do número de utentes inscritos no Centro de Saúde de Alcácer do Sal (14485) ser superior ao total da população residente no concelho de Alcácer do Sal (14287) justifica-se pelos seguintes motivos:

- /// idosos que vieram de outras localidades para a casa de familiares por necessitarem de cuidados;
- /// jovens que casaram e que mudaram de residência para outras localidades, mas que querem continuar a usufruir dos serviços do Centro de Saúde, ou seja, querem continuar com o mesmo Médico de Família e com a prestação de cuidados de enfermagem que já estavam habituados;
- /// jovens que saíram de Alcácer do Sal para morar noutros locais e que tiveram filhos, os quais querem que sejam inscritos no Centro de Saúde de Alcácer do Sal para a vigilância de saúde e vacinação;
- /// imigrantes temporários;
- /// indivíduos com emprego esporádico.

Segundo dados estatísticos do INE (Censos 2001), o envelhecimento demográfico tem vindo a acentuar-se, traduzindo-se num aumento da proporção de população idosa na população total, em detrimento da população jovem e/ou em idade activa. O próprio envelhecimento da população idosa é evidenciado pelo índice de longevidade (Relação entre a população de 75 e mais anos e a população

de 65 e mais anos) sendo este cerca de 40,9% (Indicador adicional de medida de envelhecimento de uma população), como se observa no Quadro 4.

Quadro 4 - Índice de Longevidade

ÍNDICE DE LONGEVIDADE			
$\frac{\text{População com 75 e + anos}}{\text{População com 65 e + anos}} \times 100$		$\frac{1.282}{3.135} \times 100$	40,9%

Fonte: INE (Censos 2001)

O índice de dependência dos idosos é de 33,7%. A população activa é cerca de 65,2% da população – 9311 (Quadros 5 e 6).

Quadro 5 - Índice de Dependência de Idosos

ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA DE IDOSOS			
$\frac{\text{População com 65 e mais anos}}{\text{População com 15-64 anos}} \times 100$		$\frac{3135}{9311} \times 100$	33,7%

Fonte: SINUS (Março 2010)

Quadro 6 - Percentagem de População Activa

PERCENTAGEM DE POPULAÇÃO ACTIVA			
$\frac{\text{População dos 15 aos 64 anos}}{\text{População Total}} \times 100$		$\frac{9311}{14287} \times 100$	65,2%

Fonte: INE (Censos 2001)

Através de dados estatísticos fornecidos pelo serviço de Gestão de Informação da Unidade de Apoio à Gestão do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral, constatou-se que na Extensão de Alcácer do Sal, no ano de 2010, existiam cerca de 773 diabéticos, o equivalente a 8,4% da população (9184 utentes inscritos na Extensão de Alcácer do Sal), dos quais 435 (56,3%) eram utilizadores da Consulta de Enfermagem ao diabético, todos portadores de Diabetes tipo 2.

Destes diabéticos utilizadores da Consulta de Enfermagem prevalece a população feminina com cerca de 251 mulheres, enquanto a população masculina é constituída por 184 homens. Durante o ano de 2010 foram diagnosticados cerca de 41 pessoas com Diabetes tipo 2, número que tem vindo a aumentar anualmente como se observa no Quadro 7.

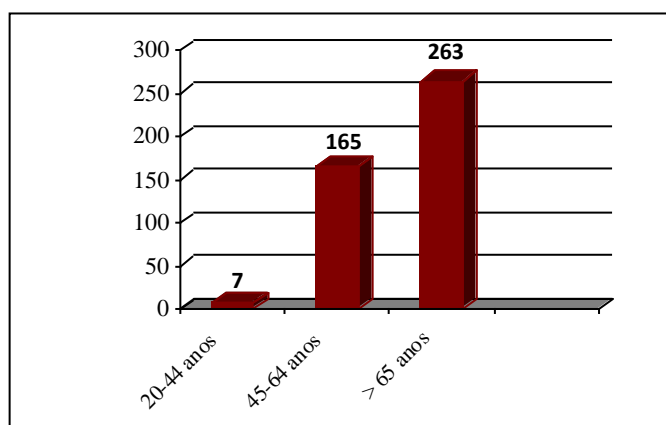
Quadro 7 – Nº diabéticos inscritos no CSAS nos anos de 2008, 2009 e 2010

Ano	2008	2009	2010
Diabéticos inscritos no CSAS	681	732	773

Fonte: SINUS (2010)

Na Consulta de Enfermagem ao Diabético (CED) pode verificar-se ainda, no Gráfico 3, que o grupo etário dos “20-44 anos” está representado com 7 pessoas, o dos “45-64 anos” com 165 pessoas e o dos idosos (mais de 65 anos) com 263 pessoas, correspondendo estes a 34% da população diabética. Este resultado vai ao encontro do RELATÓRIO ANUAL DO OBSERVATÓRIO NACIONAL DA DIABETES (2009, p.14) ao referir que “mais de um quarto da população portuguesa entre os 60 e os 79 anos já tem Diabetes”.

Gráfico 3 – Diabéticos inscritos na CED, por grupo etário



Fonte: SINUS (2010)

Segundo a ASSOCIAÇÃO PROTECTORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL (2004, p.179) “a Diabetes aumenta com a idade atingindo, em termos de percentagem, os valores mais altos no grupo dos 65 aos 74 anos. Cerca de 18 a 20 % das pessoas deste grupo são portadoras da doença. Em Portugal, quase metade dos diabéticos conhecidos têm mais de 65 anos de idade”.

No que se refere a este projecto, a população diabética que participou era composta por 10 homens e 27 mulheres, com idades compreendidas entre os 54 e os 73 anos (média de idade de 65,9), todos reformados e com disponibilidade para participar, num total de 37 diabéticos. A equipa responsável pelo projecto observou que as mulheres têm mais vontade de participar nas actividades, o que leva a pensar que são mais cuidadoras em relação às questões relacionadas com a saúde. Este número de participantes aderiu desde o início do projecto até às 12 semanas de actividade (altura do primeiro momento avaliativo).

Todos os participantes têm Diabetes tipo 2, sendo que 33 fazem tratamento com antidiabéticos orais e 4 tratados com insulina; 3 têm no máximo 2 anos de diagnóstico, enquanto 34 têm mais de 2 anos de diagnóstico; 5 homens e 19 mulheres estavam com Índice de Massa Corporal (IMC) acima do valor considerado limite na tabela de cálculo de IMC (25kg/m²) (Anexo I); 11 estavam com a pressão arterial elevada, acima de 140/90mmHg (embora inferior a 160/100mmHg).

3.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

Na segunda metade do século XX emergiu um novo fenómeno nas sociedades desenvolvidas: o envelhecimento demográfico. É um dos fenómenos sociais que atingiu maior visibilidade e que continuará em expansão nas próximas décadas (NAZARETH, 1993).

Portugal, à semelhança dos outros países do sul da Europa, apresenta uma estrutura etária cada vez mais envelhecida, devido a vários factores, nomeadamente ao declínio da natalidade, fecundidade, mortalidade; ao aumento da esperança média de vida; aos movimentos migratórios; casamentos tardios; maior participação da mulher no mercado de trabalho; aumento dos encargos sociais; melhoria das condições socioeconómicas e ambientais; e melhoria das condições de saúde (CARRILHO, 2002). Ao mesmo tempo, a evolução da medicina permite disponibilizar aos cidadãos tratamentos e recursos que lhes permitem viver muito mais tempo. Inverte-se assim a pirâmide etária que tem caracterizado a sociedade em geral.

Uma das principais consequências do aumento acelerado do envelhecimento populacional, com fortes implicações estruturantes, dá-se a nível do sector da saúde.

Este facto tem levado à procura de novas estratégias de abordagem deste fenómeno como um novo desafio que se coloca aos governantes e decisores políticos.

A qualidade de vida no adulto/idoso portador de doença crónica tem sido motivo de amplas discussões em todo o mundo, pois existe actualmente uma grande preocupação em preservar a saúde e o bem-estar global dessa parcela da população para que tenham um envelhecer com dignidade.

Assim, o sedentarismo, característico das sociedades contemporâneas, tem sido associado à maior morbilidade e mortalidade da população, à redução da qualidade de vida e aumento do risco para diversos problemas de saúde (como as doenças cardiovasculares, a hipertensão, a obesidade, a osteoporose, a Diabetes tipo 2 e algumas condições de saúde mental) sendo por isso imprescindível intervir e implementar medidas, a médio e longo prazo, que combatam de forma eficaz este problema.

No que respeita a actividade física, “Portugal é o País da UE com os níveis mais elevados de sedentarismo” (PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004/2010, p. 105).

O tipo de vida e o desenvolvimento económico e social levaram a uma acentuada redução dos níveis médios de actividade física na sociedade ocidental, da qual Portugal não é excepção.

A Diabetes é uma doença crónica em larga expansão em todo o mundo. Segundo os números da Federação Internacional da Diabetes – IDF, existiam em 2007 cerca de 246 milhões de pessoas com Diabetes, prevendo a mesma fonte cerca de 438 milhões para 2030, um aumento global de 55% (RELATÓRIO ANUAL DO OBSERVATÓRIO NACIONAL DA DIABETES, 2009).

Actualmente, Portugal tem mais de 900 mil diabéticos, o equivalente a 11,7 % da população entre os 20-79 anos, dos quais cerca de 400.000 não estão diagnosticados. Números que ultrapassam largamente as previsões para 2025 - que projectavam valores na ordem dos 8% - e que se traduzem num custo directo de cerca de 1000 milhões de euros, o que representa 0,7% do PIB português e 7% da Despesa em Saúde (RELATÓRIO ANUAL DO OBSERVATÓRIO NACIONAL DA DIABETES, 2009).

Concomitantemente, estima-se que sejam diagnosticados, anualmente, em Portugal cerca de 60.000 novos diabéticos. O aumento do número de pessoas com Diabetes em Portugal, o elevado número de pré-diabéticos existente, e o facto de mais de um quarto da população portuguesa entre os 60 e os 79 anos já ter Diabetes fazem com que, consequentemente os custos com a Diabetes também aumentem.

Na Declaração de St. Vincent, assinada em Itália (1989), por representantes de saúde governamentais, e organizações de doentes de toda a Europa, a Diabetes foi reconhecida formalmente como um grave problema de saúde de todas as idades e de todos os países, tendo sido feito um apelo aos governos e departamentos de saúde para procederem à reorganização dos cuidados de saúde aos diabéticos, devendo ser investido um esforço muito particular na prevenção, identificação e tratamento das suas complicações (PERDIGÃO, 2002).

De entre as formas que a Diabetes se apresenta a forma mais comum é o tipo 2, esta forma de Diabetes manifesta-se geralmente após os 40 anos e afecta 90-95% das pessoas com esta doença. Pode ser, em larga medida, evitada com a adopção de um estilo de vida activo e de uma alimentação adequada.

«A promoção do envelhecimento activo é um dos princípios estratégicos promovidos pela Organização Mundial de Saúde para uma nova perspectiva de desenvolvimento social. Prevenir e minimizar o impacto das causas das principais doenças relacionadas com os estilos de vida é a grande prioridade para esta intervenção de promoção da saúde (...) É também necessário promover medidas preventivas do isolamento, da exclusão e da dependência (...)» (PINTO, 2006, p.2).

A promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade. Está, de facto, provada a eficácia da prevenção dos factores de risco comuns a várias patologias incapacitantes de evolução prolongada, pelo que é prioritária uma actuação concertada, de todos os actores da sociedade, para melhorar os cuidados com uma boa nutrição, desincentivar o consumo excessivo de álcool, a cessação ou redução do consumo de tabaco, a prática regular de actividade física e o controlo dos factores de stress (PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS, 2006).

A melhor forma de tratar a Diabetes é controlar os níveis de açúcar no sangue, este tratamento pode ser farmacológico, fazendo uso de medicamentos orais e a combinação com insulina ou não (NIEMAN, 1999), ou não farmacológico, em que as principais medidas adoptadas incluem planeamento alimentar e exercício físico. O tratamento composto por dieta e exercício físico é a primeira medida normalmente adoptada (CAMPAINÉ, 2003).

Contudo, um estilo de vida saudável passa, sempre, pelo combate simultâneo ao sedentarismo, através da prática regular, espontânea ou programada, de actividade física.

Para se proceder de forma precisa à escolha deste projecto de intervenção tornou-se necessário, nesta fase, identificar os cuidados e necessidades de saúde da comunidade de Alcácer do Sal. Neste contexto, foi considerada como prioritária a intervenção junto dos diabéticos por parecer um projecto exequível.

Assim é fundamental desenvolver e promover programas de sensibilização, promoção e prevenção destinados à população, sendo prioritária a intervenção a grupos de risco, nomeadamente à população diabética de Alcácer do Sal.

É importante começar com uma avaliação das necessidades, para determinar o que esta comunidade necessita. O presente projecto visa responder a necessidades identificadas em matéria de saúde, fundamentando-se não só no histórico da intervenção desenvolvida pelo Centro de Saúde, mas também na experiência acumulada das parcerias estabelecidas com variadas entidades ao nível da intervenção comunitária.

Neste âmbito, foram identificados alguns diagnósticos de enfermagem na população-alvo, tais como:

- /// Estilo de vida sedentário
- /// Mobilidade física prejudicada
- /// Nutrição desequilibrada (dificuldade em modificar hábitos alimentares)
- /// Baixa da auto-estima
- /// Conhecimentos deficientes sobre alimentação, exercício físico e complicações da Diabetes
- /// Adaptação prejudicada
- /// Falta de motivação
- /// Dificuldades económicas
- /// Intolerância medicamentosa

Perante os factores apresentados, foi prioritário a escolha da implementação e desenvolvimento do projecto de exercício físico nos diabéticos, por estes terem mais dificuldade em aderir a programas deste âmbito.

3.3. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO-ALVO

A relação entre saúde, envelhecimento, exercícios físicos, capacidade funcional e qualidade de vida tem sido objecto de estudo de inúmeros trabalhos científicos. Os benefícios da actividade física para a saúde, em adultos, estão bem documentados. Dados descritivos e prospectivos disponíveis mostram uma relação positiva entre actividade física e o decréscimo no risco de diversas doenças crónicas como a Diabetes tipo 2.

Segundo CIOLAC (2004, p.320),

«Estudos epidemiológicos e de intervenção demonstram claramente que a prática regular de actividade física é eficaz para a prevenção e controle da Diabetes tipo 2. A prática regular de actividade física tem demonstrado diminuir o risco de desenvolver Diabetes tipo 2, tanto em homens como em mulheres, independente da história familiar, do peso e de outros factores de risco cardiovascular».

Ainda CIOLAC (2004) refere que Estudos de intervenção têm demonstrado que mudanças no estilo de vida, com a adopção de novos hábitos alimentares e prática regular de actividade física, diminuem a incidência da Diabetes tipo 2 em indivíduos com intolerância à glicose. A realização de pelo menos quatro horas semanais de actividade física de intensidade moderada diminuiu em média 70% a incidência da Diabetes tipo 2.

Por outro lado, a prática de actividade física também tem sido considerada uma importante ferramenta no tratamento da Diabetes tipo 2. Os programas de exercício físico têm demonstrado ser eficientes no controle glicémico de diabéticos, melhorando a sensibilidade à insulina e tolerância à glicose. Frequentemente tem sido recomendada a realização de exercícios aeróbios para indivíduos com Diabetes tipo 2. A diminuição dos níveis de glicose, redução da pressão sistólica, aumento da massa muscular e do nível de actividade física diária de diabéticos idosos de ambos os sexos, após 16 semanas de exercício, resultou na redução da medicação em 72% dos praticantes. Enquanto indivíduos que participaram do grupo controle tiveram inalterados os níveis de glicémia, pressão sistólica e actividade física diária, sendo que 42% tiveram a medicação aumentada (CIOLAC, 2004).

Segundo KRINSKI (2006, p.7) “a realização de exercícios tanto aeróbios como de resistência é fundamental para indivíduos saudáveis como para diabéticos e hipertensos, melhorando a saúde e a qualidade de vida destes mantendo as respectivas doenças controladas”, resultando na melhoria da glicémia de jejum e Hemoglobina Glicosilada (HbA1c), diminuição de triglicéridos, aumento do colesterol HDL, diminuição da frequência cardíaca de repouso, melhorando a eficiência cardíaca e auxiliando na diminuição do IMC (SILVA, 2008 citando SILVA e LIMA, 2002).

Conclui-se então que os diversos trabalhos presentes na literatura são congruentes em mostrar que o exercício físico deve ser usado como terapia coadjuvante no tratamento e manutenção da saúde em indivíduos diabéticos, juntamente com dieta adequada e terapia medicamentosa, se necessário. Porém, deve-se estar atento para os problemas que no decorrer do curso da doença podem manifestar-se como as retinopatias, neuropatias e doenças cardiovasculares, por exemplo, para que a actividade física seja efectiva e positiva como terapia e não mais um risco para a saúde destes indivíduos.

Os estudos apresentados parecem ser bons indicadores do benefício dos programas de exercício físico que envolvem os diabéticos.

3.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

A divulgação do projecto foi uma estratégia para se conseguir mobilizar a população diabética a participar na realização das actividades do mesmo. Assim, foram utilizadas as seguintes iniciativas:

- /// Elaboração de posters e respectiva colocação para a divulgação do projecto à comunidade.
- /// Colocação no correio da comunidade folheto informativo da divulgação do projecto.
- /// Envio de SMS para toda a comunidade a informar do início do projecto.
- /// Informação através da Rádio Local (Mirasado).
- /// Realização de conversas informais com os diabéticos sobre o projecto, durante a Consulta de Enfermagem de Diabetes.

- /// Realização de uma sessão pública de esclarecimento, com a participação da Professora de Desporto da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP), na qual se apresentou o projecto à comunidade diabética abrangida e familiares, com oferta de um lanche saudável.
- /// Divulgação do projecto na Agenda Cultural 2010 (Boletim bimensal gratuito da responsabilidade da Câmara Municipal de Alcácer do Sal (CMAS), com o objectivo de dar a conhecer à população as actividades a realizar no concelho de Alcácer do Sal).
- /// Divulgação do projecto no Site da Câmara Municipal de Alcácer do Sal.

Antes de iniciar este projecto o diabético teve que realizar uma avaliação, porque com o passar dos anos é provável o aparecimento de complicações da Diabetes, podendo aumentar o risco com certos exercícios.

Assim, o diabético submeteu-se a exame clínico geral e a necessidade de exames complementares foi equacionada caso a caso. O ecocardiograma foi importante no contexto de Hipertensão Arterial (HTA), insuficiência cardíaca ou outra cardiopatia.

Os critérios de exclusão foram: HTA descontrolada (pressão arterial superior a 160/100 mmHg); existência de cetonúria; retinopatia diabética proliferativa; risco cardíaco; isquémia dos membros inferiores; neuropatia diabética sensitiva (Pé diabético); neuropatia diabética vegetativa; nefropatia diabética; desidratação.

Em síntese, os diabéticos antes da prática do exercício físico tiveram que ser submetidos a:

- /// Anamnese;
- /// Exame físico;
- /// Exames laboratoriais;
- /// Avaliação medicamentosa;
- /// Avaliação da composição corporal;
- /// Preferência da modalidade.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS

Para que este projecto tenha sucesso, os objectivos têm que ser cumpridos atendendo aos indicadores de saúde, aos problemas definidos como prioritários e ainda à tradução desses objectivos em operacionais, ou seja em metas a atingir. Pode-se assim afirmar que os objectivos correspondem aos resultados previstos para a população-alvo.

4.1. OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

É propósito da equipa multidisciplinar habilitar a população-alvo para a compreensão da Diabetes e para a percepção do seu papel activo na promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção das complicações tardias.

Trata-se de um processo educativo, através do qual se pretende facultar aos diabéticos os conhecimentos e as habilidades técnicas para que sejam capazes de se responsabilizarem pela sua doença e conseguirem modificar de forma favorável as suas atitudes.

Pretende-se que o exercício físico contribua positivamente na manutenção da saúde dos diabéticos, promovendo um controlo glicémico, diminuição da pressão arterial, perda de peso e melhoria do estado geral de bem-estar físico e mental. Portanto, pretende-se demonstrar a importância da prática regular do exercício físico na prevenção e tratamento da Diabetes.

4.2. OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO

O objectivo geral a atingir com a população-alvo é o seguinte:

- ⚡ Implementar a Actividade Física, no Programa da Diabetes, a 50% da população diabética utilizadora das Consultas de Enfermagem no Centro de Saúde de Alcácer do Sal (n=217), no período de 1 ano compreendido entre Setembro de 2010 e Setembro de 2011.

Para a concretização do objectivo geral foram traçados os seguintes objectivos específicos:

- /// Envolver 3 elementos da equipa multidisciplinar do CSAS (2 enfermeiros e 1 médico) e 1 Parceria (Câmara Municipal de Alcácer do Sal – 1 técnico de desporto) para a participação do projecto.
- /// Divulgar a 80% da comunidade diabética a realização do projecto, actividades e objectivos do mesmo (n=348).
- /// Fomentar a participação de 50% dos diabéticos abrangidos no projecto (população-alvo = 217 diabéticos).

É de referir que dos objectivos propostos apenas não foi alcançado a participação da totalidade dos diabéticos (50%) como se tinha traçado inicialmente para o projecto. Até ao momento desta avaliação (12 semanas de actividade), só se conseguiu a participação de 37 diabéticos (18% da população-alvo). Contudo pensa-se que este número irá aumentar ao longo do projecto, principalmente pelo feedback positivo transmitido pelos participantes a toda a população e tendo em conta que ainda faltam nove meses para a sua total concretização. Contudo, é interesse da equipa envolvida neste projecto dar continuidade ao mesmo se se mantiverem as mesmas condições e a adesão da população-alvo.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Para atingir os objectivos previamente propostos, foram adoptadas diversas estratégias facilitadoras das intervenções a desenvolver. Essas intervenções foram planeadas de acordo com a finalidade dos objectivos. Todas as actividades planeadas foram concretizadas e encontram-se descritas segundo a ordem cronológica dos acontecimentos.

5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Tendo por base toda a informação apresentada, foi de extrema importância apostar num projecto de educação para a saúde, incluído no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, que se focalizasse na prevenção das complicações crónicas da Diabetes.

Então surgiu a necessidade de investir num projecto de intervenção comunitária na área da promoção da saúde relativo à prevenção de complicações resultantes da Diabetes. Este projecto visa a manutenção e promoção da qualidade de vida dos diabéticos, com recurso à promoção da actividade física durante um ano (de Setembro de 2010 a Setembro de 2011).

É crucial a consciencialização da comunidade para este problema, implicando-a na promoção e na prevenção deste. O estabelecimento de um trabalho articulado e em parceria com os diferentes actores sociais foi essencial, pois são cada vez mais as exigências quanto à garantia da qualidade de vida destas pessoas e suas famílias, necessitando estas de apoio específico e articulado.

Os pedidos de parecer às direcções e responsáveis das instituições envolvidas (Apêndices I e II) consistiram numa breve apresentação do objectivo geral do projecto, assim como da equipa envolvida.

Os membros responsáveis pelas organizações mostraram total abertura e disponibilidade na prestação das informações e apoios pretendidos, transmitindo parecer positivo.

Realizaram-se numa primeira fase duas reuniões com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar do projecto, nos dias 1 e 22 de Setembro de 2010. Nestas

reuniões foi abordado um conjunto de questões em torno do trabalho a efectuar e já efectuado, designadamente: expectativas e motivações para adesão ao projecto; opinião sobre o diagnóstico de problemas dos diabéticos; comentários sobre as medidas apresentadas e sua implementação; implicações práticas decorrentes da intervenção; condicionalismos na implementação de medidas; reacções à metodologia e ao trabalho realizado.

Estas reuniões tiveram como objectivos:

- /// Perspectivar a importância atribuída pelos diferentes membros da equipa, à implementação do projecto;
- /// Compreender de que forma este tipo de actividades era benéfica para o bem-estar, saúde e melhoria da qualidade de vida dos utentes.

O projecto foi bem aceite, pois toda a equipa demonstrou interesse e motivação pelo mesmo, incentivando a sua continuação.

Entretanto, durante a Consulta de Enfermagem ao Diabético questionou-se os diabéticos sobre a pertinência do projecto e sobre a sua participação neste tipo de actividades.

Assim, dos cerca de dezoito diabéticos com os quais se teve oportunidade de conversar informalmente, no mês de Setembro de 2010, todos demonstraram um grande entusiasmo, tendo considerado muito importante a iniciativa. Evidenciaram igualmente interesse e vontade em partilhar os seus conhecimentos e experiências, contribuindo para o enriquecimento dos seus valores morais e sociais.

Embora a amostra tenha sido pequena, esta é reveladora dos desejos sentidos e expressos, quer pelos profissionais, quer pelos diabéticos.

Considerou-se então, que a realização de actividade física, pode ajudar o diabético a ampliar a perspectiva da sua vida, conferindo-lhe significado e tornando-a útil.

A actividade física está de acordo com aquilo que está estipulado no PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA DIABETES (2008), uma vez que os profissionais de saúde devem promover de forma racional a prática da actividade física que faz parte da tríade terapêutica da Diabetes (SILVA, 2008).

O maior gasto calórico e as demais reacções produzidas pelo exercício físico contribuem positivamente na manutenção da saúde, prevenção e controle da Diabetes. Promovendo uma diminuição da pressão arterial, perda de peso, melhoria do sistema cardiovascular e nos aspectos mentais do indivíduo, que lhe proporcionam uma maior qualidade de vida (KRINSKI, 2006; APDP, 2004). A prática regular de actividade física proporciona inúmeros benefícios, com efeitos positivos na qualidade de vida, reflectindo-se na redução de vários factores de risco e prevenindo o aparecimento de doenças crónicas degenerativas (SILVA, 2008; NIEMAN, 1999).

Independentemente da idade, o exercício físico torna-se fundamental no tratamento dos diabéticos, ajudando a conseguir bons níveis de glicémia, aumentando a sensibilidade à insulina, o que pode levar a uma redução das necessidades da mesma, prevenindo as complicações cardiovasculares (a principal causa de morte dos diabéticos). O exercício aumenta a massa muscular e reduz a massa gorda, contribuindo para um melhor controlo da tensão arterial, reduzindo o colesterol LDL (Lipoproteínas de Baixa Densidade) e os triglicéridos, aumentando o colesterol HDL (Lipoproteínas de Alta Densidade) e ajudando a fluidificar o sangue.

A prescrição de exercícios físicos para diabéticos é delicada e está intimamente relacionada com benefícios e riscos relevantes, sendo que os riscos podem ser minimizados com programas específicos e orientados pela equipa multidisciplinar especializada em tal área. Devem eles, acima de tudo, fornecer ao diabético a oportunidade de levar uma vida dentro dos padrões da normalidade, com características mais activas, não consistindo somente como terapia efectiva.

Da comunidade em geral é importante salientar a família como a rede primária de suporte social e sendo esta a primeira a sentir o impacto das implicações desta doença, torna-se necessário entendê-la e considerar a sua colaboração activa na prevenção, tratamento e prevenção de complicações da Diabetes. O desenvolvimento de um projecto de trabalho na área da promoção da saúde que visa a prevenção de complicações resultantes da Diabetes deve ser considerado, no que se refere, ao nível de prevenção de saúde terciária, como uma mais-valia comunitária.

Prevenir o agravamento de uma doença crónica, através de um programa de educação para a saúde e acompanhamento especializado destes diabéticos, de qualidade, proporciona o aperfeiçoamento constante de conhecimentos no domínio da saúde dos

técnicos envolvidos, no sentido da garantia de uma boa prestação de cuidados (PERDIGÃO, 2002).

No âmbito deste projecto realizou-se uma sessão pública de esclarecimento no dia 19 de Setembro de 2010, pelas 15 horas no Auditório Municipal, onde se apresentou o referido projecto e a equipa multidisciplinar envolvida no mesmo. Esta apresentação teve recurso a uma apresentação em *PowerPoint* a todos os participantes envolvidos (comunidade diabética e familiares). Contou com a participação da Professora de Desporto da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP) e no fim com a oferta de um lanche saudável, onde constaram, entre outros alimentos, espetadas de frutas e tostas com queijo fresco e tomate (Apêndice III).

Os presentes mostraram-se entusiasmados, referindo que havia necessidade deste tipo de intervenção e revelando-se disponíveis para participar em todo o projecto.

Esta sessão, que teve a sua divulgação através de Posters (Apêndice IV), contou com a participação de 45 pessoas (diabéticos e familiares), dos quais 17 homens e 28 mulheres. Todos participaram activamente colocando as suas dúvidas e contando as suas histórias de vida. Foi promovida a dinâmica de grupo para melhor os conhecer, assim como à equipa, com o intuito de favorecer a interacção uns com os outros em acções futuras.

A relação que foi estabelecida foi o ponto-chave para a mobilização da população diabética em participar na actividade do exercício físico.

Os objectivos propostos foram atingidos e houve um *feedback* positivo. Os participantes foram convidados para regressarem no dia 4 de Outubro de 2010 para se dar continuidade ao projecto, com o início do programa propriamente dito (físico e aquático, respectivamente no Campo Municipal do Parque Desportivo e Piscina Municipal Coberta). A divulgação deste projecto foi feita através de folhetos informativos (Apêndice V).

O Programa físico teve início no dia 4 de Outubro de 2010 das 7,30 às 8,30 Horas no Campo Municipal no Parque Desportivo (Caminhada e fortalecimento muscular) e o Programa Físico no meio aquático iniciou no mesmo dia (4 de Outubro de 2010) das 8,30 às 9,30 Horas na Piscina Municipal Coberta (Exercícios físicos no meio aquático).

O programa de exercício físico está a ser efectuado em 5 sessões por semana de 60 minutos cada. Cada sessão está assim dividida: 10 minutos de aquecimento (exercícios de alongamento de membros e tronco); 30 minutos de exercícios aeróbios

(caminhada, exercícios físicos em terra e/ou no meio aquático); 15 minutos de exercícios de resistência muscular localizada (com pesos); e 5 minutos de resfriamento (com exercícios de alongamento, flexibilidade e relaxamento) (Apêndice VI). Os exercícios obedecem a uma intensidade de leve a moderada (50% a 80% da Frequência Cardíaca máxima - $F_{cmáx.}$, sendo a $F_{cmáx.} = 220 - \text{idade}$) e o treino da força deve estar entre os valores da Frequência Cardíaca (FC) de 120 a 140 da Escala de Borg (Anexo II).

Em todas as sessões de exercício físico foram medidas e analisadas as variáveis: glicémia medida antes e depois do exercício físico, frequência cardíaca de repouso, pressão arterial, perímetro abdominal e peso. É de referir que os instrumentos utilizados nas pesquisas de glicémias eram individuais.

Houve sempre uma boa dinâmica de grupo e uma boa participação dos diabéticos, os mesmos foram muito activos e participativos em todas as iniciativas propostas.

Os diabéticos estão informados das condições em que devem praticar o exercício. Estas foram apoiadas nas recomendações para o exercício nos diabéticos de LOPES et al (2001, p.19) citando SOARES (1995):

- /// Testar a glicémia antes e após o exercício;
- /// O exercício deve ser moderado. Se a glicémia é baixa antes do exercício, deve ser administrado previamente um suplemento alimentar;
- /// Evitar a absorção da insulina de acção rápida durante o exercício, pelo que só deve ser praticado algumas horas após a injeção no abdómen;
- /// Os diabéticos com fracas reservas em glicogénio estão mais predispostos para a hipoglicémia pelo exercício. É o caso dos alcoólicos;
- /// Os diabéticos submetidos à terapêutica com antidiabéticos orais e com insulina estão mais predispostos para a hipoglicémia do que os tratados só com dieta;
- /// Deve ser verificada a hipoglicémia após o exercício e durante a noite seguinte, porque esta pode surgir 8 a 15 horas após ter sido efectuado o exercício;
- /// Quando a glicémia apresenta valores de 240/300 mg/dl ou superiores, o diabético não deve praticar exercício porque estes valores indicam

deficiência marcada de insulina e predisposição para hiperglicemia secundária ao exercício;

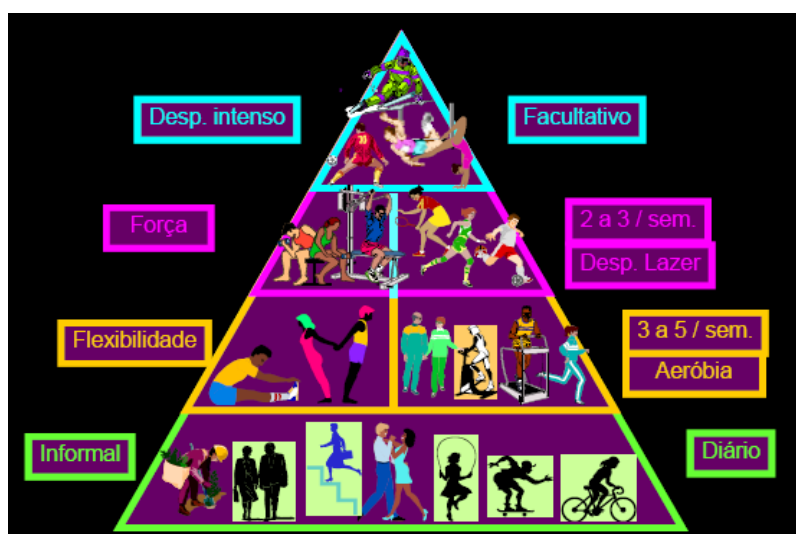
Apesar destas restrições, a prescrição de actividade física na Diabetes tipo 2 é hoje, junto com a perda de peso, uma das indicações mais apropriadas para corrigir a resistência à insulina e controlar a glicemia nesse tipo de Diabetes (que representa 90% dos casos), ainda mais se está associado à obesidade.

Actividade física e exercício físico confundem-se muitas vezes como sinónimos, mas existe diferença entre eles, e segundo NUNES (2010, p.50):

«Todo o exercício físico é actividade física, mas nem toda a actividade física é exercício. A actividade física é aquela que está integrada nos hábitos da vida diária: deslocações a pé, subir escadas, passatempos ou profissões fisicamente activas, levar os filhos ou os animais a passear, etc. As suas vantagens são: estar sempre acessível, podendo ser praticada todos os dias e a qualquer momento do dia. O exercício físico é aquele que se pratica em clubes desportivos, ginásios e instituições afins. Requer mais condições mas traz benefícios adicionais em relação à primeira».

Para que se compreenda as orientações actuais, elas costumam expressar-se através da chamada pirâmide da actividade física apresentada na Figura 1. À medida que se sobe na pirâmide aumenta a intensidade das várias actividades físicas mas decresce a necessidade da sua frequência semanal (MOREIRA, 1997).

Figura 1 – Pirâmide da actividade física



Fonte: Adaptado do site <http://arnaldo.esporteblog.com.br>

Como os outros elementos do tratamento, a actividade física é prescrita de maneira individual para evitar riscos e otimizar os benefícios, sendo importante existir uma adequação do tipo, frequência, duração e intensidade do exercício tendo em conta o tipo de Diabetes, estado de saúde, idade, terapêutica utilizada, profissão e estilo de vida (sedentarismo).

Foram construídos um conjunto de instrumentos de avaliação individual para permitir que os critérios de prescrição fossem sustentados em princípios científicos, nomeadamente da Sobrecarga, Especificidade e Individualidade.

Assim, os Técnicos Superiores de Desporto e a restante equipa, com base nestes pressupostos definiram as linhas orientadoras para a prescrição do exercício sustentadas nas seguintes normas da Escala de Borg (Anexo II):

- /// Intensidade: moderada entre os 50 a 80% da Fcmáx;
- /// Volume: semanal e situar-se entre os 150 e os 200 minutos;
- /// Frequência: o mínimo de 5 dias por semana;
- /// Modalidade: o programa físico é dividido em exercícios em terra (caminhadas e reforço muscular) e exercícios em meio aquático.

Há que ter presente que para haver uma mudança de comportamento não basta estar motivado. É preciso, também, que o meio ambiente físico, económico, social e cultural ofereça condições que facilitem e permitam o exercício desse novo comportamento. Assim há que criar as condições para que os diabéticos possam modificar as suas atitudes, o seu sentido de valores e a sua conduta no que concerne à relação entre a saúde e o exercício físico. As próprias orientações da União Europeia para a Actividade Física dão um destaque muito particular aos projectos e organizações que permitem o acesso ao maior número de pessoas e a projectos de prática desportiva para todos, independentemente do seu nível de desempenho.

5.2. METODOLOGIAS

A Promoção da Saúde pressupõe a utilização de estratégias de acordo com as necessidades da população-alvo, tendo em conta o contexto sociocultural, prevendo

sempre que possível a participação activa dos diabéticos na elaboração da intervenção dos cuidados de saúde.

Os enfermeiros são o grupo de profissionais que têm um papel mais relevante na protecção e promoção da saúde das populações. A participação dos enfermeiros na promoção da saúde centra-se essencialmente na sua intervenção concreta e efectiva na comunidade: estabelecendo prioridades, tomando decisões em conjunto com outros membros das equipas multidisciplinares, planeando estratégias que visem a solidariedade, prestação de cuidados, holismo e implementando-as com o objectivo de atingir melhor saúde.

A triagem dos diabéticos a integrarem este projecto de actividade física foi efectuada através de uma entrevista onde foi realizado o levantamento dos dados. Estes conduziram à identificação dos problemas e ao diagnóstico das necessidades afectadas nessas pessoas (inseridas numa determinada rede sociocultural e com determinado quadro de referência), o que permitiu estabelecer o plano de cuidados e programar as diferentes acções a desenvolver. A entrevista, para além de constituir uma metodologia para a colheita de dados e para a organização das actividades, permitiu o estabelecimento de uma relação de ajuda que conduziu à empatia e a um ambiente motivante. Esta relação de ajuda foi considerada fundamental para a aprendizagem dos diabéticos.

Para além da entrevista, todos os diabéticos foram completamente investigados sobre quaisquer complicações subjacentes, passaram por uma avaliação médica detalhada com estudos diagnósticos apropriados. Essa análise tinha como compromisso inspeccionar cuidadosamente para a presença de complicações macro e microvasculares que podiam ser agravadas pelo programa de exercício. Identificação de áreas de interesse permitiu o desenho de uma prescrição de exercícios individualizados, que podiam minimizar os riscos para o diabético.

A colheita de dados foi anotada numa Ficha de Identificação do Diabético (Apêndice VII) para avaliar a condição socioeconómica, fármacos, anamnese nutricional e queixas pela percepção subjectiva. Para colheita de dados foram feitas duas rotinas: a rotina de laboratório e a rotina diária. A rotina de laboratório, por meio de colheita de sangue em jejum: para medir a glicémia em jejum; hemoglobina glicosilada (HbA1C); colesterol total; colesterol HDL e triglicéridos. A rotina diária: para colheita de dados referentes ao peso e à estatura, para cálculo do IMC (Anexo I),

medição do perímetro abdominal (Anexo III), medição da frequência cardíaca, medição da pressão arterial e da glicémia capilar.

5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS

A selecção das estratégias serve de guia em relação às actividades que se pretendem desenvolver (GUERRA e AMORIM, 2001).

Para atingir os objectivos previamente propostos adoptaram-se diversas estratégias facilitadoras das actividades a desenvolver. Assim, para o presente projecto, foram adoptadas estratégias de divulgação e de comunicação junto da comunidade, tais como posters, folhetos informativos, SMS. Para além disso, foi divulgada a mensagem em diversos contextos dos meios de comunicação social, nomeadamente na Rádio Local (Mirasado), Internet (Site da Câmara Municipal de Alcácer do Sal) e imprensa escrita local (Agenda Cultural 2010 - Boletim bimensal gratuito da responsabilidade da Câmara Municipal de Alcácer do Sal - Anexo IV).

Com a realização de uma sessão pública no Auditório Municipal de Alcácer do Sal pretendeu-se apresentar o projecto à comunidade diabética abrangida e familiares, contando com a participação da Professora de Desporto da APDP.

Através de conversas informais com os diabéticos sobre o projecto, durante a Consulta de Enfermagem de Diabetes, pretendeu-se:

- /// que se interessassem pela adopção do programa de exercício físico;
- /// que se discutisse com eles a importância do exercício físico na prevenção das complicações da doença, centrando-se no risco relacionado com a inactividade e na percepção que têm do seu próprio estado de saúde;
- /// auxiliá-los na escolha do tipo de exercício físico que fosse mais eficaz para a saúde. Este exercício deverá produzir gastos adequados de energia e contribuir para a forma física cardiorespiratória;
- /// estimulá-los a aderir e cumprir o programa de exercício físico.

Este projecto exige a compreensão da realidade, dos recursos e das condicionantes dos diabéticos, porque quanto mais direccionada e personalizada for a acção, maior será a participação do diabético, podendo resultar numa mudança para novos comportamentos com o mínimo potencial de efeitos adversos.

5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

A realização de qualquer projecto implica a utilização de recursos. Então, os recursos humanos neste projecto dizem respeito a toda a equipa e ao seu envolvimento, como sejam:

- /// Director do CSAS
- /// Presidente da CMAS
- /// 1 Médico
- /// 2 Enfermeiras
- /// 5 Técnicos do Sector do Desporto
- /// 1 Funcionário na recepção
- /// 1 Professora de Desporto da APDP

Relativamente aos recursos materiais necessários para o desenvolvimento das actividades, estes consistiram em:

- /// Telemóveis
- /// Rádio Local (Mirasado)
- /// Material Didáctico
- /// Meios Audiovisuais
- /// Gabinete de Enfermagem
- /// Auditório Municipal
- /// Campo Municipal do Parque Desportivo
- /// Polidesportivo
- /// Piscina Municipal Coberta
- /// Material logístico
- /// Sala de reuniões do CSAS
- /// Computador
- /// Impressora
- /// Analisador corporal com 7 sensores: Massa gorda, massa hídrica, massa muscular, massa óssea, medição de pernas, tronco e braços
- /// Analisador de frequência cardíaca e pressão arterial
- /// Analisador de glicémias (inclui lancetas e tiras de glicémias)

- /// Fita métrica
- /// Cartões de Utentes para o Projecto (Apêndice VIII)
- /// Ficha de Observação Diária (Apêndice IX)
- /// Ficha de Identificação do Diabético
- /// Máquina fotográfica

5.5. CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

O estabelecimento de um trabalho em equipa multidisciplinar é revelador da possibilidade de integrar capacidades e competências no cumprimento de um objectivo comum.

Tal como PERDIGÃO (2002, p.12) refere “o trabalho em equipa multidisciplinar, com o estabelecimento de parcerias efectivas de trabalho, constitui elemento facilitador desta dinâmica de integração familiar e comunitária no que se refere ao desenvolvimento de actividades que se relacionam com a operacionalização deste projecto”.

É necessário trabalho de equipa, de modo a envolver o mais possível os diabéticos e as organizações locais, criando um clima favorável. É extremamente importante motivar/envolver as entidades que actuam na comunidade a participarem neste projecto, pois só com a articulação e complementaridade das experiências, dos saberes e o trabalho em equipa (das diferentes parcerias), se pode caminhar para a mudança, procurando respostas que beneficiem a optimização dos recursos.

Este projecto é da responsabilidade conjunta do Centro de Saúde de Alcácer do Sal e da Câmara Municipal de Alcácer do Sal, sendo a responsabilidade técnica a cargo de uma equipa multidisciplinar coordenada pelas Enfermeiras responsáveis pelo Programa da Diabetes no Centro de Saúde e pelo Técnico Superior de Desporto da Câmara Municipal.

Para assegurar o conjunto de actividades essenciais foi envolvida a seguinte equipa pluridisciplinar, que inclui: 2 Enfermeiras responsáveis pelo Programa da Diabetes no Centro de Saúde (Coordenadoras dos cuidados de enfermagem); 1 Médico responsável pelas doenças cardiovasculares do Centro de Saúde; 1 Técnico licenciado em Educação Física e Mestre em Gestão do Desporto (Coordenador da prescrição da

actividade física); 4 Técnicos licenciados em Educação Física (Técnicos de Apoio ao projecto).

As autarquias constituem parceiros privilegiados neste tipo de projectos, cujos esforços convergem no desenvolvimento de acções concertadas no âmbito da prevenção do sedentarismo e melhoria das condições de saúde dos diabéticos.

Deste modo, para além de contribuir para o aumento do número de praticantes, pretende-se intervir de forma eficaz na promoção da saúde, combate ao sedentarismo e desenvolvimento de um ambiente social encorajador de um estilo de vida activo.

5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

O acréscimo substancial do número de pessoas com situações crónicas e de dependência associadas à Diabetes implica necessariamente custos económicos e sociais elevados, repercutindo-se estes na comunidade onde estes indivíduos estão inseridos.

BOAVIDA (2010, p.1) num contributo ao PNPCD refere que “são também as doenças crónicas que originam um maior dispêndio de recursos, calculados entre 60 a 80% dos gastos totais em saúde, considerando apenas os custos directos, uma vez que os indirectos são difíceis de calcular, embora se estimem atingirem valores 3 a 4 vezes superiores aos custos directos”.

As complicações devastadoras da diabetes, como a cegueira, a insuficiência renal, as amputações e a morte prematura por doença vascular, representam um forte encargo para os serviços de prestação de cuidados de saúde. De acordo com a Federação Internacional de Diabetes, estima-se que a diabetes absorva entre 5% a 14% do orçamento da saúde de um país (BOAVIDA, 2010).

A literatura internacional demonstra ainda que o valor investido em acções de prevenção primária e promoção da saúde tem, não só, efeitos multiplicadores muito significativos, como permite maiores níveis de eficiência técnica e económica. No entanto, existe sempre uma enorme dificuldade e complexidade na determinação dos impactos económicos (custos e benefícios) de projectos desta natureza, não tanto pelos custos directos que implicam mas, sobretudo, pelos custos indirectos. Como exemplo de

custos indirectos será um menor consumo de serviços de saúde ou manutenção durante mais tempo na vida activa.

Desta forma, apesar deste projecto utilizar recursos que já existem nas instituições participantes, não significa por isso um acréscimo de custos mas sim a melhor utilização desses recursos. Foram estimados os custos referentes a 12 semanas, com a participação de 37 diabéticos, que ascenderam a cerca de 8300€, sendo o custo do projecto por diabético cerca de 700€ (Apêndice X).

Trata-se de um projecto, com lucros a médio e a longo prazo, uma vez que tem repercussões a nível da prevenção das complicações tardias da Diabetes.

Segundo o RELATÓRIO ANUAL DO OBSERVATÓRIO NACIONAL DA DIABETES EM PORTUGAL (2010, p.49) “Se se considerar o custo médio dos diabéticos, de acordo com os valores apresentados pela IDF no 4.º Atlas Mundial da Diabetes, este correspondeu em 2009, a preços correntes, a um valor de 1543€”.

Devido aos altos custos recrutados para o tratamento da Diabetes, o exercício torna-se uma alternativa viável e já reconhecida, além de reduzir os riscos de doenças cardiovasculares (CAMPAINA, 2003).

Sabe-se hoje que, nos Estados Unidos da América (EUA), “por cada dólar investido no autocontrolo, poupam-se três dólares nas despesas com a doença” (GRAÇA, 1997, p.7).

5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

As actividades foram planeadas e cumpridas de acordo com a finalidade dos objectivos, encontrando-se descritas cronologicamente em cronograma de actividades. Este contém a descrição das actividades, dos recursos humanos e materiais, da sua calendarização, do local, dos objectivos e da avaliação (Apêndice XI).

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação do projecto de intervenção prende-se com a forma de como foram atingidos os objectivos; apesar de estar presente durante todo o planeamento constitui a etapa final deste processo.

A finalidade da avaliação é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência. Desta forma, avaliar significa determinar o valor das intervenções realizadas.

A avaliação contínua do projecto dever-se-á traduzir num diálogo sucessivo com os diabéticos, de modo a que a sua participação assente na consciencialização, e seja uma mais-valia para o resultado final.

Durante todas as fases do projecto a avaliação constituiu um processo contínuo e teve em vista verificar em que medida os objectivos delineados inicialmente foram ou não atingidos. Desta forma ao observar a reacção de toda a equipa, e de forma indirecta, entendeu-se em que medida a equipa multidisciplinar e os diabéticos se encontravam motivados e envolvidos.

No presente projecto, para avaliar a sua dimensão e benefícios para o bem-estar dos diabéticos, pretendeu-se que houvesse:

- /// Sensibilização da equipa multidisciplinar para a importância do projecto;
- /// Participação dos diferentes elementos envolvidos no projecto, quer nas actividades, quer nos recursos pretendidos;
- /// Conhecimento do projecto por parte da população;
- /// Mudança de comportamentos/ atitudes, nos diabéticos abrangidos, relativamente à prática de exercício físico;
- /// Participação activa de todos os intervenientes;
- /// Criação de um ambiente de bem-estar com os diabéticos participantes;
- /// Sensibilização dos diabéticos no que respeita ao seu estado de saúde, mantendo-os activos;
- /// Envolvimento dos familiares;

- /// Conversas informais com os diabéticos participantes, durante as sessões de actividade física, sobre a satisfação e bem-estar que as mesmas proporcionam.

Perante o exposto foram determinados e avaliados os seguintes indicadores de resultado ao longo do processo, representados no Quadro 8:

Quadro 8: Indicadores de resultado do projecto

INDICADORES	AVALIAÇÃO
/// N° de reuniões	/// 3 (2 no início e 1 às 12 semanas)
/// N° de elementos nas reuniões realizadas	/// 4 (1 Médico, 2 Enfermeiras e 1 Técnico de Desporto)
/// N° diabéticos inscritos no Projecto/ 50% dos diabéticos inscritos na CED	/// $37/217 \times 100 = 18\%$
/// N° de participantes por Programa/ N° diabéticos inscritos no projecto	/// Programa Físico – $37/37 \times 100 = 100\%$ /// Programa Meio aquático – $9/37 \times 100 = 24\%$
/// N° de sessões realizadas	/// Programa Físico – 60 /// Programa Meio aquático – 60

Realizaram-se três reuniões com a equipa multidisciplinar tal como previsto: duas no mês de Setembro (dias 1 e 22) coincidente com o início do projecto e uma às 12 semanas (dia 12 de Janeiro de 2011) respeitante ao primeiro momento de reflexão. Estiveram sempre presentes os quatro elementos da equipa. O n° de diabéticos inscritos no projecto foi de 37 (18%), até à elaboração deste relatório, dos quais todos (100%) são participantes no Programa Físico e 9 (24%) no Programa em Meio Aquático. Quanto às sessões realizadas foram em n° de 60 em cada programa (Físico e em Meio Aquático), tal como tinha sido proposto.

Estes indicadores traduziram-se no resultado prático da implementação do projecto, permitindo avaliar as fases do mesmo, susceptíveis de sofrer estratégias diferentes, de acordo com o resultado pretendido.

Durante o desenvolvimento deste projecto contemplaram-se momentos de reflexão para se verificar possíveis alterações pontuais ou de maior importância, caso fosse necessário.

Neste projecto estavam contemplados apenas dois momentos distintos para a realização do ponto de situação, estando um calendarizado para a primeira quinzena de Janeiro de 2011 (12 semanas de projecto). Este momento decorreu na data projectada tendo-se concluído que tinha condições para continuar. Considerou-se importante reflectir sobre a forma como decorreu estas primeiras semanas de actividade, de modo a poder melhorar pequenos detalhes bem como a condução/ orientação das sessões seguintes. A realização do segundo momento de avaliação e reflexão das actividades realizadas será após o término das sessões (um ano de projecto, em Setembro de 2011). Será importante para se compreender se foram atingidos os objectivos.

De uma forma transversal tentou-se avaliar este projecto através de todos os elementos intervenientes. Para além de outros componentes de avaliação *a posteriori* descritos, a opinião dos diabéticos participantes foi elementar, pois são eles a principal razão da existência desta intervenção. São intervenientes essenciais e imprescindíveis para a realização deste projecto, e não menos importantes os restantes elementos com quem se estabeleceu parceria multidisciplinar para que tudo pudesse ser uma realidade. Esta equipa trabalhou e trabalhará durante semanas empenhadamente para um objectivo comum, tendo por base os objectivos específicos profissionais inerentes à função e papel que cada um desempenha na respectiva instituição.

Chegado ao fim desta intervenção pensa-se ser pertinente a aplicação de um instrumento que avaliasse este projecto no sentido de lhe dar credibilidade e que pudesse ter continuidade.

Para se perceber em que medida todo este processo foi benéfico para o bem-estar dos diabéticos, e a importância que os mesmos atribuem a este tipo de iniciativas, tornou-se importante efectuar um registo mais formal e quantitativo desta intervenção, pelo que se elaborou um pequeno formulário que será aplicado no final da Intervenção Comunitária. Este formulário de avaliação será intitulado “Formulário de Avaliação do Projecto de Intervenção Comunitária” (Apêndice XII) e será constituído por quatro perguntas, em que os inquiridos (todos os intervenientes neste projecto: diabéticos e profissionais) se posicionarão ao longo de uma escala de Lickert. Esta escala será utilizada por se considerar a mais adequada para medir atitudes e opiniões da

população-alvo, e para avaliar o grau de concordância relativamente a esta intervenção. No entanto toda a apreciação feita ao longo deste percurso, assim como os resultados do tratamento de dados dos formulários a serem efectuados, completada com a análise da adesão dos diabéticos às actividades propostas, serão tidos em conta na avaliação do projecto de intervenção.

No que se refere à equipa multidisciplinar, durante todo o período em que está a decorrer a realização do projecto, a avaliação é feita através da observação durante a realização das actividades e do envolvimento/ motivação demonstrados, o que se considerou muito positivo até ao momento.

Foi transmitido verbalmente, a partir de conversas informais, quer pela equipa do Centro de Saúde quer pela equipa de Desporto da CMAS, a convicção e apoio incondicional neste tipo de projectos, ocorrendo um frequente manifesto nos benefícios dos programas de Exercício Físico.

6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS

A realização de um projecto deve comprometer-se com a acção e com a transformação do real. Assim, se o atingir dos objectivos específicos contribuiu peremptoriamente para a concretização do objectivo geral deste projecto, só com a implementação do projecto se conseguiu que a sua contribuição para a melhoria de qualidade de vida destes diabéticos fosse uma realidade. Pretende-se que no futuro seja susceptível de avaliação, com vista a uma possível reformulação/ optimização deste projecto.

Considera-se ter atingido os objectivos deste trabalho, uma vez que se conseguiu:

- /// Implementar a Actividade Física no Programa da Diabetes à população diabética utilizadora das Consultas de Enfermagem do CSAS. É de referir que pelo facto de só terem passado 12 semanas de projecto, apenas se conseguiu a participação de 37 diabéticos (cerca de 18% da população alvo). Relembra-se que o objectivo é atingir 50% da população diabética (n=217);

- /// Envolver os 3 elementos da equipa multidisciplinar do CSAS (2 enfermeiras e 1 médico) e 1 Parceria (1 técnico de desporto da CMAS);
- /// Que 80% da população diabética (n=348) tivesse conhecimento do projecto, das suas actividades e dos seus objectivos, através da divulgação do mesmo (foi colocado folheto informativo no correio de toda a comunidade; e através das conversas informais durante a CED no mês de Setembro de 2010 informou-se cerca de 280 diabéticos);
- /// A participação activa dos diabéticos no projecto com a criação de um ambiente de bem-estar, animação e lazer.

Conclui-se que se conseguiu intervir no contexto de trabalho inserindo um projecto aos diabéticos visando a melhoria dos cuidados prestados. Para tal, foi fundamental diagnosticar as necessidades e os problemas da população-alvo, assim como definir os objectivos, as estratégias e os meios de intervenção. Para implementar este projecto de promoção da saúde também se planeou as intervenções a desenvolver, hierarquizando prioridades, inventariando e mobilizando recursos. Por fim, obteve-se os resultados das intervenções desenvolvidas, perante os quais se considera ter influenciado positivamente a qualidade de vida destes diabéticos com a implementação deste projecto.

Considerando o projectado, as poucas dificuldades vivenciadas, o percurso sem grandes interferências e os resultados obtidos, no momento presente, se tudo tivesse que ser reiniciado, optar-se-ia sem dúvida por um desenho semelhante a este projecto de intervenção.

6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

A participação activa dos diabéticos no projecto de desenvolvimento colectivo foi indispensável para o sucesso deste. Avaliar a participação foi fundamental para entender o sucesso ou fracasso do projecto.

Como resultado das várias conversas informais realizadas ficou-se com uma impressão muito positiva sobre o interesse e motivação dos diabéticos para o trabalho realizado e planeado.

A metodologia utilizada foi apropriada e pertinente, pois só assim é que se conseguiu um bom envolvimento da população-alvo em todas as fases do projecto.

Teve-se em conta as condições necessárias à participação dos diabéticos no projecto, como: confiar neles incentivando-os a tomar decisões; ter um conhecimento e compreensão dos mesmos; criar uma rede de relações e parcerias.

Na fase de implementação, o envolvimento e apoio expresso dos parceiros envolventes no projecto foram essenciais para obter sucesso. Todos são importantes, permitindo uma formação contínua da equipa multidisciplinar, onde se expôs e revelou a capacidade de criatividade, empenho e adaptação às novas situações, caminhando assim para a prestação de cuidados de excelência.

Os cuidados aos diabéticos apresentam-se com elevado grau de complexidade porque induzem uma representação diversa dos cuidados de Enfermagem que não se limita à actuação do próprio enfermeiro, mas impõe uma interacção entre estes, outros profissionais e os próprios diabéticos.

Contudo verificou-se que o grande objectivo da interacção entre os membros da equipa multidisciplinar e os diabéticos centrou-se na relação de ajuda. Existiu uma negociação entre os actores, no sentido de promover a articulação entre a prevenção de complicações e a promoção da saúde, de forma a ajudar o diabético a reorganizar a sua vida e aumentar o seu potencial de saúde.

Segundo a opinião expressa pelos diabéticos ao longo das actividades, estas contribuíram principalmente para reforçar a auto estima, para se relacionarem trocando experiências e saberes e perspectivar o futuro de forma mais organizada e informada.

Segundo SOARES (1995, p.61) pode-se resumir os efeitos benéficos do exercício físico regular para o diabético do seguinte modo:

- /// Aumento do consumo calórico
- /// Reequilíbrio do metabolismo dos glícidos
- /// Melhoria do metabolismo geral
- /// Redução dos factores de risco
- /// Estímulo da mudança do comportamento alimentar
- /// Aumento da auto-estima
- /// Redução do risco de depressão
- /// Fortalecimento ósseo

- /// Postura e equilíbrio
- /// Redução do stress e da ansiedade
- /// Redução do peso no obeso
- /// Aumento da sensibilidade à insulina
- /// Redução das necessidades em insulina
- /// Aumento do armazenamento de glicogénio
- /// Aumento do consumo máximo de oxigénio
- /// Aumento do transporte de oxigénio
- /// Melhoria da circulação periférica
- /// Redução da pressão arterial
- /// Melhoria da função cardíaca
- /// Redução da incidência de doença coronária
- /// Redução dos triglicéridos
- /// Redução do colesterol total e aumento do HDL
- /// Redução da hemoglobina glicosilada.

Após o término deste projecto, considera-se ter condições para dizer que este teve impacto nas instituições envolvidas, pois pensa-se que a equipa multidisciplinar já o interiorizou como uma actividade importante e fundamental a realizar, para assim garantir a qualidade de vida dos diabéticos que frequentam este tipo de actividades.

A primeira avaliação deste projecto quer por parte da equipa multidisciplinar, quer por parte dos diabéticos foi bastante positiva, considerando-se que o mesmo pode ir mais longe.

De futuro, pretende-se continuar com este projecto integrado nas actividades, tanto do CS como da CMAS, fazendo parte da rotina dos mesmos. Por outro lado, com a implementação de novos projectos relacionados com a promoção de saúde na área da Diabetes pretende-se continuar a intervir activamente junto da população diabética, e desta forma ter sempre como objectivo principal de desempenho melhorar a sua qualidade de vida. De maneira a fazer chegar a mensagem mais interessante e perceptível aos diabéticos pretende-se programar reuniões, nas quais sejam realizados ensinamentos de grupo aos diabéticos, com o intuito de promover as trocas de experiências.

6.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRECTIVAS INTRODUZIDAS

Durante o desenvolvimento deste projecto, e como já foi referido anteriormente, serão contemplados dois momentos distintos para a avaliação: o primeiro momento foi imediatamente após as primeiras 12 semanas de exercício físico. Considerou-se importante reflectir sobre a forma como decorreu este primeiro trimestre. Este momento também foi o ideal para a avaliação dos níveis de Hemoglobina Glicosilada (HbA1C) que devem ser avaliados somente três meses após o início do exercício físico. Antes disto, os níveis de HbA1C não reflectirão o verdadeiro efeito da mudança recente do tratamento.

Deste modo, nos diabéticos participantes foram reavaliados, além da HbA1C, o perfil lipídico, a pressão arterial, a glicémia, a frequência cardíaca de repouso, o perímetro abdominal e o IMC. Obteve-se os seguintes resultados: HbA1C com uma média de 7,8%; diminuição dos triglicéridos e aumento do colesterol HDL; diferença pouco significativa de +/-2 mmHg na pressão arterial; glicémia capilar antes do exercício com uma média de 181mg/dl e depois do exercício de 149mg/dl; diminuição de +/-10bpm na frequência cardíaca de repouso; diminuição de +/-0,8cm no perímetro abdominal; e diminuição de 0,7Kg/m² no IMC na média do grupo participante. Estes resultados permitiram concluir que o exercício físico é de grande importância no controlo dos diabéticos do tipo 2.

Por outro lado, os registos de opinião obtidos após este primeiro momento foram muito motivantes e encorajadores, tendo sido elogiado o trabalho desenvolvido, facto que deixou muita satisfação e vontade de continuar. Foram registados alguns testemunhos dos diabéticos envolvidos, como: “Quando aquilo começou era mesmo bom, mesmo bom!”; “No princípio cansava-me um bocadinho, mas agora já faço como os outros.”; “Quando a gente de lá sai parece que vem mais leves.”; “Gostei muito! Muito útil e é isto que se chama intervir na comunidade! Parabéns!”; “Gostei muito! Penso que deveria continuar para podermos levar uma vida mais saudável.”; “Estou bastante agradado com a iniciativa, obrigado.”

Este momento também permitiu perceber o elevado empenho da parceria para o êxito deste acontecimento.

O segundo momento de reflexão far-se-á em Setembro de 2011, período correspondente ao fim do programa, de forma a perceber se o projecto foi eficaz e qual a sua viabilidade. A realização desta avaliação surge da necessidade de contemplar a avaliação e reflexão das actividades realizadas, após o término do programa. Será importante para compreender o atingir dos objectivos e o benefício deste tipo de programas.

Existiram algumas limitações, entre outras, a escolaridade baixa, o que limitou o recurso a informação escrita necessária e os hábitos de vida saudável muito reduzidos, nomeadamente a prática de exercício físico. Situações como dias de doença representaram quebras motivacionais e constituíram barreiras que podiam desencorajar a continuidade do exercício físico.

É de referir que outras barreiras também limitaram a participação de diabéticos neste projecto de intervenção, tais como:

- /// Indisponibilidade para a actividade física
- /// Incompatibilidade do horário laboral com as actividades
- /// Isolamento social
- /// Medo de quedas
- /// Deficiências múltiplas (retinopatias, amputações)
- /// Diminuição da mobilidade

Pensa-se que o facto deste projecto ter sido iniciado num período de condições climáticas favoráveis (com temperatura amena e sem chuva) tenha sido um factor de motivação para evitar qualquer abandono futuramente.

Perante qualquer tentativa de mudança de comportamento a resistência surgiu de forma natural, no entanto, e talvez pelo facto da equipa multidisciplinar ser bastante dinâmica, verificou-se que na generalidade, os diabéticos se encontravam muito motivados. Os homens foram de mais difícil adesão à mobilização, referindo que já trabalharam muito.

Para prevenir retrocessos foi importante utilizar determinadas estratégias que visassem dar autoconfiança aos diabéticos e fortificar a sua autonomia, tais como: identificar as situações em risco de retrocesso com propostas de situações alternativas;

treinar para uma gestão eficaz dos problemas que pudessem surgir; e estabelecer uma relação de confiança entre todos os intervenientes neste processo.

Perante o exposto, houve necessidade de programar um horário alternativo, das 18 às 19 horas e das 19 às 20 horas, respectivamente, para o Programa físico e aquático, para a realização do exercício físico. Esta opção seria para usufruto dos diabéticos que não pudessem aderir ao horário inicialmente proposto. Por outro lado, para os dias de muito frio e/ou de chuva que não se conseguisse utilizar o Campo Municipal do Parque Desportivo haveria como recurso o Pavilhão Polidesportivo.

Concluiu-se então que esta intervenção tem estrutura para continuar e a mesma faz sentido tendo em conta a motivação de todos os intervenientes neste processo, sejam os diabéticos, sejam os profissionais envolvidos.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

O enfermeiro deve ser capaz de mobilizar um conjunto de competências específicas próprias do exercício da profissão que tem como “objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003, p.7). Igualmente, deve ser capaz de adoptar um conjunto de competências transversais que incluem a flexibilidade, a criatividade, a autonomia, o sentido de responsabilidade, o trabalho em equipa, a adaptação à mudança, a capacidade de reflectir criticamente, de tomar decisões e a capacidade de agir de forma competente e autónoma no seio de uma equipa pluridisciplinar.

Para além disso, deve saber transpor, ou seja, conseguir analisar os seus próprios actos, adaptar-se a novas situações e aprender com as novas experiências. A riqueza dessa aprendizagem é obtida quando o profissional consegue tirar contributos da sua experiência.

Acresce que os enfermeiros são o grupo de profissionais que têm um papel mais relevante na protecção e promoção da saúde das populações. A sua participação na promoção da saúde centra-se essencialmente na sua intervenção concreta e efectiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões em conjunto com outros membros das equipas multidisciplinares, planeando estratégias que visem a solidariedade, prestação de cuidados, holismo e implementando-as com o objectivo de atingir melhor saúde.

Perante este contexto, as áreas de especialização em enfermagem surgem pela evidente pertinência social e científica, como forma de promover e assegurar a qualidade e a diversidade de cuidados de enfermagem a que a comunidade legitimamente aspira.

A Enfermagem de saúde comunitária constitui uma área de especialização que incrementa uma prática abrangente envolvendo a interdisciplinaridade e multisetorialidade, focalizada na prevenção aos três níveis, primária, secundária e terciária. Nesta perspectiva, foi permitido efectuar o planeamento estratégico em saúde enquanto processo que engloba o diagnóstico do estado de saúde dos diabéticos, o

desenvolvimento de um projecto de intervenção e a elaboração de indicadores que possibilitem avaliar de forma sistemática os níveis de qualidade das intervenções e os ganhos em saúde.

O diagnóstico de saúde consistiu num procedimento rigoroso de avaliação multicausal dos determinantes da saúde que influenciam os processos de saúde/doença da comunidade abrangida. Perante isto, houve necessidade de se basear no processo de priorização das necessidades/ problemas identificados e na participação activa da comunidade nas tomadas de decisão que lhe dizem respeito em matéria de saúde.

Posteriormente, a elaboração e implementação do projecto visou dar resposta, de forma organizada, aos problemas encontrados. Nesta fase determinaram-se os objectivos, as estratégias, as actividades e os indicadores indispensáveis à última etapa, a avaliação.

Perante o exposto considera-se ter mobilizado neste projecto a competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública: “Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.3).

A metodologia de planeamento estratégico fundamentou o desenvolvimento do diagnóstico de saúde. Esta comunidade foi alvo de um projecto de intervenção na área da promoção da saúde, visando a prevenção das complicações que possam resultar da Diabetes, com a adopção de estilos de vida saudáveis.

O planeamento estratégico em saúde permitiu intervir em múltiplos contextos, disponibilizando o acesso a cuidados de saúde eficazes e continuados, e favoreceu a proximidade e implicação da comunidade visando o seu *empowerment* e capacitação.

Por outro lado, o facto de se basear em cenários reais permite o desenvolvimento de um conjunto de acções dirigidas às necessidades dos diabéticos e aos seus contextos vivenciais. Neste sentido, orientadas para a obtenção de ganhos em saúde, contribuem para uma melhor resolubilidade neste âmbito.

Considera-se assim ter mobilizado neste projecto a competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública: “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.4).

Os ganhos em saúde são a premissa para o desenvolvimento das propostas de reforma no âmbito das políticas de saúde, as quais assentam em quatro eixos principais: o cidadão, os cuidados primários, necessidade de reduzir as despesas e sobretudo a

necessidade de planeamento estratégico. Este último efectiva a gestão dos recursos disponíveis, a qualidade das intervenções em saúde baseadas na evidência científica, o processo de formulação de políticas públicas de saúde e a definição de prioridades em investigação.

Nesta perspectiva, as competências do enfermeiro especialista em saúde comunitária são optimizadas pelo Serviço Regional de Saúde, particularmente, pelas instituições de saúde, neste caso pelo CSAS. Pretendeu-se dar respostas efectivas aos objectivos dos programas que integram os planos nacional e regional de saúde, bem como dar contributos para a formulação das políticas de saúde em prol desta comunidade diabética na consecução dos seus projectos de saúde.

Deste modo, conseguiu-se mobilizar neste projecto a competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública: “Integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.4).

Procedeu-se à análise das informações com base em fontes identificadas, comparáveis em termos de idade e de sexo, sobre a saúde desta comunidade. Foi feita referência às políticas de saúde e às determinantes da saúde, incluindo a situação demográfica, geográfica e socioeconómica, os factores pessoais e biológicos, os comportamentos com incidência na saúde, como a actividade física e as condições de vida. Perante o mencionado anteriormente, pensa-se ter mobilizado neste projecto a competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública: “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.5).

Pensa-se ter contribuído activamente e de forma sustentada para o desenvolvimento da Enfermagem Comunitária ao promover este projecto de intervenção de acordo com as necessidades da população diabética.

Tendo por base o mencionado, considera-se ter conseguido mobilizado e adquirido ao longo deste projecto as competências definidas no Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, aprovadas em Assembleia Geral Extraordinária da Ordem dos Enfermeiros em 20 de Novembro de 2010.

8. CONCLUSÃO

A educação para a saúde é um processo de capacitação, participação e responsabilização dos indivíduos que permite potenciar a percepção individual de competência, felicidade pessoal e o valor próprio, quando a escolha é adoptar e manter estilos de vida saudáveis.

Espera-se como resultado deste projecto o aumento da capacidade dos diabéticos para definirem, analisarem e actuarem sobre os seus próprios problemas. Esta estratégia visa que os diabéticos sejam apoiados num processo reflexivo, sobre os problemas postos pela vida em sociedade, procurando contribuir para a tomada de decisão, desenvolvimento da consciência crítica e o aumento da capacidade de intervenção sobre a realidade.

A prática regular de actividade física é eficaz para controlo e prevenção da Diabetes tipo 2, quando de intensidade moderada o exercício físico reduz em média 70% os riscos de desenvolver a Diabetes, melhorando a sensibilidade á insulina e tolerância à glicose e diminuindo a glicémia desses indivíduos (CIOLAC, 2004).

A actividade física tem ainda benefícios económicos, tais como: reduzir os custos dos sistemas de saúde; aumentar a produtividade e melhorar o ambiente físico e social.

Aumentar a actividade física regular da população, em todos os grupos etários, é uma das medidas de maior impacto e com melhor relação custo-benefício na redução da incidência e da gravidade da Diabetes e de todas as doenças cardiovasculares.

Houve a necessidade de desenvolver um conjunto de capacidades, comportamentos e aptidões que permitiu a realização deste projecto com qualidade, segurança, autonomia e perícia, onde germinaram as sementes plantadas, qualidade do terreno plantado, condicionantes presentes, frutos colhidos, avaliação da colheita e ensinamento para o futuro.

A apreciação feita foi baseada nos resultados das intervenções que foram implementadas e que teve por base todas as avaliações efectuadas; a informação recolhida leva a pensar que o processo se encontra no caminho certo e que encerra potencialidades que permitem antever que se alcancem os objectivos deste projecto.

Os resultados positivos alcançados deveram-se principalmente: a uma identificação de problemas reais da população-alvo, à elaboração de medidas adequadas para a sua resolução e ao envolvimento e apoio por parte da equipa de saúde e população diabética.

A participação activa dos diabéticos permitiu uma aproximação entre os mesmos e a gestão dos cuidados, promovendo a qualidade e criando opções sustentáveis na qualidade da vida desta população.

Os diabéticos participantes do projecto constituíram um público adequado aos objectivos definidos, tendo em conta as expectativas por estes enunciadas. Por estas razões parece poder afirmar-se que se podia ter verificado um melhor grau de adesão ao projecto.

Embora os efeitos que este tipo de iniciativas possam ter, não sejam possíveis de avaliação imediata, foi possível constatar que as actividades desenvolvidas vieram dar resposta a necessidades sentidas pela comunidade e a receptividade manifestada pelos diabéticos nas actividades realizadas foi uma mais-valia para o trabalho realizado.

O exercício físico mostrou-se eficaz na mudança do estado geral de saúde dos diabéticos, contribuindo assim para a melhoria na sua qualidade de vida. Os resultados mostraram que a actividade física melhorou significativamente a força muscular, a Hemoglobina Glicosilada, a glicémia em jejum, o perímetro abdominal, o peso corporal, a pressão arterial e o colesterol.

A metodologia, tal como está a ser implementada, mostra grandes potencialidades de adequação para intervir em populações diabéticas, tais como estas em quem incidiu o projecto.

Considera-se que foram superados todos os objectivos que foram delineados à partida, com excepção de abranger o nº de participantes propostos, isto até ao momento da realização deste relatório. A intervenção comunitária desenvolvida teve alguma adesão dos diabéticos, não a desejável, mas foi ao mesmo tempo eficaz no seu propósito e intenção.

Os projectos são isto mesmo: um princípio, um meio e um fim. Mas, talvez como em todos os outros, este momento não significa o abandono do trabalho, mas apenas o terminar de mais uma etapa, uma vez que ainda falta um longo caminho a percorrer até ao final do projecto (Setembro de 2011) e o mais provável e desejado é continuar com este investimento. É propósito da equipa multidisciplinar que este

projecto passe de projecto a actividade corrente na articulação entre a UCSP e a UCC (CS) e este, por sua vez, entre a CMAS.

Ao terminar esta fase, fica o sentimento e a profunda convicção de que o conjunto de ideias e reflexões efectuadas e registadas neste documento contribuem, directa ou indirectamente, para um cuidar mais digno e humano do diabético.

O planeamento e a execução deste projecto, se por um lado permitiu um crescimento pessoal, um acréscimo de maturidade profissional, ao intervir de uma forma mais activa e dinâmica com os diabéticos, permitiu também perceber a sua grande utilidade e magnitude na saúde. Deste modo, motivando para uma conduta na vida profissional que vai aperfeiçoar a prática de enfermagem na área da saúde do diabético.

Contudo, ainda é de salientar que este não foi um projecto só da equipa multidisciplinar do Centro de Saúde, foi antes um trabalho desenvolvido em conjunto com toda a equipa de desporto da CMAS, sem a qual este não se tornaria decerto uma realidade. É de relevar a importância das parcerias na Educação Terapêutica da Diabetes para benefício de todos, pois juntos somos mais fortes e as relações educacionais tornam os laços mais fortes.

Este projecto contribuiu, do ponto de vista dos diabéticos, para o seu desenvolvimento pessoal, social e mental, uma vez que lhes contribuiu para o aumento da autoconfiança e do autocontrolo e favoreceu a relação social e a interacção com os outros.

Pode concluir-se que o tratamento da Diabetes tipo 2 baseia-se numa mudança no comportamento e estilo de vida para hábitos mais saudáveis e exercícios físicos que prolongam a qualidade de vida.

Não se quer terminar este relatório sem antes parafrasear WITT (2005, p.204) com o seguinte:

«A Enfermagem deve manter imutável o seu objectivo final, a essência do cuidar, mas a forma como executa as suas funções deve sofrer modificações que permitam a satisfação das necessidades dos utentes/comunidade e a construção da própria identidade profissional da categoria».

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- /// ASSOCIAÇÃO PROTECTORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL - **Viver com a diabetes**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2004.
- /// BOAVIDA, José - **Relatório de Execução do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes 2008/2009**. Lisboa: DGS, 2010.
- /// CÂMARA MUNICIPAL DE ALCÁCER DO SAL. 2007 [Acedido em 15 de Novembro de 2010]. Disponível em <URL: <http://www.cm-alcacerdosal.pt/PT/Paginas/default.aspx>.
- /// CAMPAINÉ B. N. - **Manual de pesquisa: das diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2003.
- /// CARRAGETA, Manuel. 2006 [Acedido em 15 de Novembro de 2010]. Disponível em <URL: http://cardiologia.browser.pt/docs/Newsletter_31.pdf>.
- /// CARRILHO, M. - A Situação Demográfica recente em Portugal. **Revista de Estudos Demográficos**. Portugal: Instituto Nacional de Estatísticas. Vol. 32 (2002).
- /// CIOLAC Emmanuel G; GUIMARÃES Guilherme V. **Exercício físico e síndrome metabólica**. 2004 [Acedido em 10 de Outubro de 2010]. Disponível em <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151786922004000400009&script=sci_arttext&tln_g=pt>.
- /// DECRETO-LEI nº 28/2008. **D.R.I Série**. 38 (08-02-22) 1182. Regime Jurídico dos Agrupamentos de Centros de Saúde.
- /// GRAÇA, António – A Diabetes e os seus custos. **Diabetes: Viver em equilíbrio**. Lisboa, APDP. Nº5 (1997), p.7.
- /// GUERRA, I.; AMORIM, A. – **Construção de um Projecto**. 2.ª ed. Lisboa: PROFISS, 2001.

- /// INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - **Censos 2001, Recenseamento Geral da População. Resultados Definitivos**. Lisboa: INE, 2001.
- /// INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - **Revista de Estudos Demográficos**. Lisboa, INE. Nº40 (2007).
- /// KRINSKI, Kleverton. **Efeitos do exercício físico em indivíduos portadores de diabetes e hipertensão arterial sistémica**. 2006 [Acedido em 5 de Outubro de 2010]. Disponível em <URL: <http://www.efdeportes.com/efd93/diabetes.htm>>.
- /// LOPES, Ana e tal – **Avaliação das competências dos diabéticos**. Lisboa: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2001.
- /// MOREIRA, Carla. **A actividade física recomendada**. 1997 [Acedido em 20 de Outubro de 2010]. Disponível em <URL: <http://www.obesidade.info/afrecomendada.htm>>.
- /// NAZARETH, J. - **O Envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa**. Economia e Sociologia, 1993.
- /// NIEMAN, David C. - **Exercício e Saúde: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento**. 1ª ed. São Paulo: Editora Manole, 1999.
- /// NUNES, José – **Diabetes: uma abordagem global**. Algés: Edições Médicas, 2010.
- /// OBSERVATÓRIO NACIONAL DA DIABETES. **Diabetes: Factos e Números 2009**. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Lisboa: DGS, 2009.
- /// OBSERVATÓRIO NACIONAL DA DIABETES. **Diabetes: Factos e Números 2010**. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Lisboa: DGS, 2010 [Acedido em 21 de Fevereiro de 2011]. Disponível em <URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013881.pdf>>.
- /// ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

- /// **ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.
- /// PERDIGÃO, Paula et al. **A Diabetes.** 2002 [Acedido em 5 de Outubro de 2010]. Disponível em <URL: <http://www.ensp.unl.pt/saboga/prosaude/eumahp>>.
- /// PINTO, C. **Queremos promover um envelhecimento saudável ao longo da vida.** 2006 [Acedido em 21 de Novembro de 2010]. Disponível em <URL: <http://www.medicosdeportugal.saude.sapo.pt>>.
- /// PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde - **Plano Nacional de Saúde 2004/2010: Mais Saúde para Todos.** Lisboa. DGS. Vol.I – Prioridades, 2004.
- /// PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde – **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.** Circular Normativa nº 13/DGCG. 2006.
- /// PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde – **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.** Lisboa: DGS - Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas, 2006.
- /// PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes.** Lisboa: DGS, 2008.
- /// SILVA, Franciele. **O exercício aeróbio como intervenção terapêutica no controle da Diabetes Mellitus tipo 2.** 2008 [Acedido em 5 de Outubro de 2010]. Disponível em <URL: <httpwww.fisio-tb.unisul.br/tccs08afrncieleTCC.pdf>>.
- /// SOARES, M. Augusta – **Diabetes Mellitus.** Lisboa: CEDIM, 1995.
- /// WITT, Regina R. – **Competências da enfermeira da atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de Saúde Pública.** Ribeirão Preto, 2005.

ANEXOS

ANEXO I

Avaliação do IMC

Tabela de Cálculo de IMC

Altura (m)	Peso (Kg)															
	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	115	120	125	130	
1,5	27	29	31	33	36	38	40	42	44	47	49	51	53	56	58	
1,55	25	27	29	31	33	35	37	40	42	44	46	58	50	52	54	
1,6	23	25	27	29	31	33	35	37	39	41	43	45	47	49	51	
1,65	22	24	26	28	29	31	33	35	37	39	40	42	44	46	48	
1,7	21	22	24	26	28	29	31	35	35	36	38	40	42	43	45	
1,75	20	21	23	24	26	28	29	31	33	34	36	38	39	41	42	
1,8	19	20	22	23	25	26	28	29	31	32	34	35	37	39	40	
1,85	18	19	20	22	23	25	26	28	29	31	32	34	35	37	38	
1,9	17	18	19	21	22	24	25	26	28	29	30	32	33	35	36	

Peso Normal:
IMC entre 20 e 24

Excesso de Peso:
IMC entre 25 e 29

Obesidade:
IMC entre 30 e 35

Super Obesidade:
IMC superior a 35

Fonte: emagrecendocomvc.blogspot.com

ANEXO II

Escala de Borg

ESCALA DE BORG

VALORES DA FC	PERCEÇÃO DO ESFORÇO	CONCEITO
60	Muito fácil	Fraco / Confortável
70		
80	Fácil	
90		
100	Relativamente fácil	
110		
120	Ligeiramente cansativo	Confortável / Moderado
130		
140		
150	Cansativo	
160		
170	Muito cansativo	Forte / Muito Forte
180		
190	Exaustivo	
200		

Fonte: Borg e Noble, 1974 (adaptação Marcelo Augusti, 2010)

ANEXO III

Avaliação do Perímetro Abdominal

Perímetro da cintura	Homem	Mulher
Normal	Até 94 cm	Até 80cm
Risco Aumentado	>94 cm	>80 cm
Risco Muito Aumentado	>102 cm	>88 cm

Fonte: bodyshake.blogspot.com

ANEXO IV

Divulgação na Agenda Cultural

ACTIVIDADES DESPORTIVAS (CMAS)

ESCOLAS DE NATAÇÃO

As actividades nas piscinas de Alcácer do Sal e do Torrão continuam até meio de Setembro.

PROGRAMA DESPORTO ESCOLAR

Actividades desportivas para alunos do 1º ciclo do ensino básico.

PROGRAMA HIDROTERAPIA

Para idosos, reformados e casos especiais por indicação médica, regressam as sessões de Hidroterapia nas piscinas municipais de Alcácer do Sal e Torrão, de segunda a sexta-feira.

GINÁSTICA NO SOLO PARA IDOSOS

Disponível nas localidades de Arez, Rio de Moinhos, Santa Susana, Albergaria; Santa Catarina; bairro do Laranjal, Vale de Guizo, Casebres, Palma, bairros de S. João e Olival Queimado, e ainda nas instalações de Alcácer do Sal da Aupicas, na freguesia da Comporta e na sede da Pazo.

DIABÉTICOS A CAMINHAR É SAÚDE A MELHORAR

Se é diabético não perca esta oportunidade de trabalhar com técnicos especializados e que o podem ajudar.

Inscrições abertas no Centro de Saúde de Alcácer do Sal ou pelo telefone 265 610520. Contacto com as enfermeiras Manuela Caixas e Dulce Jesus. Programa físico coordenado pela CMAS.

**2ª a 6ª feira
9h-13h e 14h-17h**

SARAU DE GINÁSTICA - GIMNOFESTA

Mais de 150 atletas das classes de Ginástica do Sporting Clube de Portugal oferecem ao público um espectáculo de ritmo e cor. Hip hop, ginástica desportiva, dança, ginástica rítmica especial e duplo trampolim, entre outras.

**Pavilhão Gimnodespotivo de Alcácer do Sal
17 horas**



ARRAIAL DA OFICINA DA CRIANÇA

Marionetas e espectáculo musical com Gonçalo Oliveira. Grande festa que junta pais e alunos envolve a comunidade.

Zona envolvente ao Tribunal - 5 de Junho - 21 h

em movimento

Informações e inscrições:
Sector de Desporto da CMAS
tel: 265 61 00 78



APÊNDICES

APÊNDICE I

Pedido de parecer ao Centro de Saúde

Exmo. Sr. Director
do Centro de Saúde de Alcácer do Sal

Dulce Silva de Jesus, enfermeira neste Centro de Saúde e responsável pelo Programa da Diabetes, vem por este meio dar conhecimento e solicitar autorização para desenvolver um projecto de intervenção na comunidade diabética.

A execução deste projecto tem como objectivo geral: **“Implementar a Actividade Física, no programa de Diabetes a 50% da população diabética utilizadora das consultas de Enfermagem no Centro de Saúde de Alcácer do Sal (CSAS) no período de 1 ano compreendido entre Setembro de 2010 e Setembro de 2011.”**

Para a concretização deste projecto será imprescindível a colaboração de uma equipa multidisciplinar, da qual fará parte 2 enfermeiros, 1 médico do Centro de Saúde e Técnicos Superiores de Desporto da Câmara Municipal de Alcácer do Sal.

Pede deferimento,

Alcácer do Sal, 1 de Setembro de 2010

Dulce Silva de Jesus, Enf.^a

APÊNDICE II

Pedido de parecer à Câmara Municipal



Exmo. Sr. Presidente

da Câmara Municipal de Alcácer do Sal

Dulce Silva de Jesus, enfermeira no Centro de Saúde de Alcácer do Sal e responsável pelo Programa da Diabetes, vem por este meio dar conhecimento e solicitar autorização para desenvolver um projecto de intervenção na comunidade diabética.

A execução deste projecto tem como objectivo geral: **“Implementar a Actividade Física, no programa de Diabetes a 50% da população diabética utilizadora das consultas de Enfermagem no Centro de Saúde de Alcácer do Sal (CSAS) no período de 1 ano compreendido entre Setembro de 2010 e Setembro de 2011.”**

Para a concretização deste projecto será imprescindível a colaboração de uma equipa multidisciplinar, da qual fará parte 2 enfermeiros, 1 médico do Centro de Saúde e Técnicos Superiores de Desporto da Câmara Municipal de Alcácer do Sal.

Pede deferimento,

Alcácer do Sal, 1 de Setembro de 2010

Dulce Silva de Jesus, Enf.^a

APÊNDICE III

Lanche saudável



APÊNDICE IV

Poster de divulgação da Sessão Pública

Sessão Pública de Esclarecimento

Apareça e coloque todas as questões que entender.

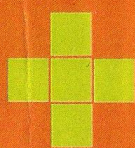
Pela sua saúde, participe!



APÊNDICE V

Folheto informativo do Projecto

Município de Alcácer do Sal/ Centro de Saúde



Projecto de Apoio aos **Diabéticos**

Se é Diabético(a) inscreve-te já!

Não perca a oportunidade de trabalhar
com técnico especializados...

A sua Saúde depende muito de si...



Programa

"Diabéticos a Caminhar é Saúde a Melhorar"

Dias: 2ª a 6ª feira

Inscrições Abertas no:

Centro de Saúde de
Alcácer do Sal

Horários:

das 9h00 às 13h00 e

das 14h00 às 17h00



Contactos:

Enfermeira Dulce
Jesus

Enfermeira Manuela
Caixas

tel. 265 610 520

Se é Diabético(a) inscreve-te já!

Não perca a oportunidade de trabalhar
com técnico especializados...

A sua Saúde depende muito de si...

Com o apoio:



APÊNDICE VI

Fotos das sessões de exercício físico





APÊNDICE VII

Ficha de Identificação do Diabético



Município de Alcácer do Sal/ Centro de Saúde de Alcácer do Sal
Projecto de Implementação da Actividade Física na Diabetes:

“Diabéticos a Caminhar é Saúde a Melhorar”



Ficha de Identificação do Diabético

1 - Identificar o Utente

Nome _____

Sexo Feminino ☐ Masculino ☐ Data de Nascimento ____/____/____ Estado Civil _____

Profissão /Reforma _____ Escolaridade _____

Morada _____

Localidade _____ Código Postal ____/____ Freguesia _____

Concelho _____ Telefone _____ Telemóvel _____

Tipo de habitação _____

Saneamento básico: Rede de esgotos ☐ Lixo ☐ Água ☐

Electricidade Sim ☐ Não ☐

N.º Coabitantes (Parentesco) _____

Pessoa significativa _____ Telefone _____

1.1 – Identificar Meio Sócio Económico Familiar

Baixo nível económico: Sim ☐ Não ☐

Deficientes condições habitabilidade: Sim ☐ Não ☐

Disfuncionalidade familiar: Sim ☐ Não ☐

2 - Analisar Situação Clínica

Diabetes: Tipo 1 ☐ Desde _____

Tipo 2 ☐ Desde _____

Outro ☐ Desde _____ Qual _____

Complicações da diabetes: Úlcera ☐ Amputação ☐ Outras ☐ Quais _____

Seguido noutra Instituição: Sim ☐ Não ☐ Qual _____ Desde _____

Vacina anti-tetânica: 1º dose _____ 2ª dose _____ 3ª dose _____ Reforço _____

3 – Identificar Factores/ Comportamentos de Risco

Diabetes familiar: Sim ☐ Parentesco _____ Não ☐ Desconhece ☐

Índice de Massa Corporal

Magreza – IMC < 19.9 ☐

Normalidade – IMC entre 20-24,9 ☐

Excesso de peso – IMC entre 25- 29.9 ☐

Obesidade – IMC entre 30- 39,9 ☐

Obesidade mórbida – IMC > 40 ☐

Sedentarismo: Sim ☐ Não ☐

Hábitos: Hábitos Alcoólicos: Sim ☐ Especificar _____ N.º copos/dia _____ Não ☐

Hábitos Tabágicos: Sim ☐ N.º de cigarros por dia _____ Não ☐

Antidiabéticos orais ☐ Desde _____Insulina ☐ Desde_____

Outra medicação ☐ Desde _____

Altura _____[illegible]

APÊNDICE VIII

Cartão de Utente do Projecto

Dia	T.A	F.C	Glicémia
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			




Município de Alcácer do Sal
Centro de Saúde de Alcácer do Sal

Cartão de Identificação

Projecto de Implementação da Actividade Física na Diabetes:
“Diabéticos a Caminhar é Saúde a Melhorar”

Nome: _____ Idade: _____

Programa: _____ Mês: _____

Ano 2010/ 2011

Dia	T.A	F.C	Glicémia
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Dia	T.A	F.C	Glicémia
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

APÊNDICE IX

Ficha de Observação Diária

[illegible]

13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		
31																		

O responsável

APÊNDICE X

Orçamento do Projecto

ORÇAMENTO

“Diabéticos a Caminhar é Saúde a Melhorar”

	Nº	Custo unitário	Custo total	Observações
Recursos humanos			7.100,00 €	
Reuniões equipa	2	330,00 €	660,00 €	1, 2
Avaliação projecto	1	440,00 €	440,00 €	1, 3
Programa físico e avaliação (horas)	120	50,00 €	6.000,00 €	1, 4, 5
Divulgação			284,80 €	
SMS (80% dos diabéticos)	348	0,10 €	34,80 €	6
Folhetos/posters	--	--	250,00 €	
Avaliação utente final de 12 semanas			641,58 €	
Hemoglobina Glicosilada	37	11,88 €	439,56 €	7
Colesterol total	37	1,32 €	48,84 €	7
Colesterol HDL	37	1,76 €	65,12 €	7
Triglicéridos	37	2,38 €	88,06 €	7
Custos administrativos			300,00 €	
Telefones/impressões/Cópias, Etc.	--	--	300,00 €	
Custo Total do Projecto			8.326,38 €	
Custo do Projecto por Diabético			693,87 €	7

1 - Custo hora: Médico 35€; Enfermeiro 25€; Técnico Desporto 25€

2 - 3 horas mês; 1 médico; 2 enfermeiros; 1 técnico desporto; (2 reuniões)

3 - Reunião de 4 horas; 1 médico; 2 enfermeiros; 1 técnico desporto;

4 - 1 hora/5 dias semana em programa físico - 12 semanas / 1 enfermeira e 1 técnico de desporto por sessão

5 - 1 hora/5 dias semana em programa de meio aquático - 12 semanas / 1 enfermeira e 1 técnico de desporto

6 - População utilizadora da CED: 435 diabéticos

7 - Nº de diabéticos em 12 semanas de projecto:37

APÊNDICE XI

Cronograma de Actividades

Cronograma de Actividades

“Diabéticos a Caminhar é Saúde a Melhorar

[illegible]

APÊNDICE XII

Formulário de Avaliação do Projecto de Intervenção Comunitária



Projecto de Implementação da Actividade Física na Diabetes:
“Diabéticos a Caminhar é Saúde a Melhorar”



Formulário de Avaliação do Projecto de Intervenção Comunitária

Este formulário anónimo destina-se a uma avaliação das sessões realizadas no âmbito do projecto “Diabéticos a Caminhar é Saúde a Melhorar”.

Sexo: M ☐ F ☐

Idade _____

1. O exercício físico contribuiu para o seu bem-estar físico e psicológico.

- a) Não concordo ☐
- b) Concordo pouco ☐
- c) Concordo ☐
- d) Concordo muito ☐

2. O exercício físico contribuiu positivamente no controlo da Diabetes.

- a) Não concordo ☐
- b) Concordo pouco ☐
- c) Concordo ☐
- d) Concordo muito ☐

3. Este tipo de projectos é importante para a comunidade diabética.

- a) Não concordo ☐
- b) Concordo pouco ☐
- c) Concordo ☐
- d) Concordo muito ☐

4. Futuramente voltaria a participar neste tipo de actividades.

- a) Não concordo ☐
- b) Concordo pouco ☐
- c) Concordo ☐
- d) Concordo muito ☐

Obrigada pela sua atenção!